sănătate publică şi management sanitar

Georgeta Zanoschi

EDIT DAN
– IAŞI, 2003 –

SĂNĂTATE PUBLICĂ ŞI MANAGEMENT SANITAR

GEORGETA ZANOSCHI

EDIT DAN

Iaşi, 2003

EDIT DAN este acreditată de

CONSILIUL NAȚIONAL AL CERCETĂRII ŞTIINȚIFICE

DIN ÎNVĂȚĂMÂNTUL SUPERIOR

Referenți ştiințifici:

Prof. dr. Aurel Ivan

Prof. dr. Viorica Gavăt

Universitatea de Medicină şi Farmacie „Gr. T. Popa" Iaşi

Tehnoredactare computerizată:

Olteanu Ştefan

Şcoban Ioan

ISBN –

CAPITOLUL 1 6

INTRODUCERE ÎN SĂNĂTATEA PUBLICĂ. 6
DEFINIȚII. ISTORIC. SCOP. OBIECTIVE. METODE 6
1.1. Definiții date Sănătății Publice *6*
1.2. Sănătatea Publică. Istoric *6*
1.3. Sănătatea Publică. Scop *9*
1.4. Sănătatea Publică. Conținut (domeniile principale ale sănătății publice) *10*

CAPITOLUL 2 12

SĂNĂTATE ŞI BOALĂ; STAREA DE SĂNĂTATE A POPULAȚIEI. INDICATORI DE MĂSURARE A STĂRII DE SĂNĂTATE A POPULAȚIEI 12
2.1. Definiția sănătății şi a stării de boală *12*
2.2 Factorii care influențează starea de sănătate a populației (Determinanții stării de sănătate a populației – modelul Dever) *16*
2.2.1. Stilul de viață 19
2.2.2. Consumul abuziv de alcool 21
2.2.3. Fumatul 21
2.2.4. Consumul de droguri 23
2.2.5. Stresul 25
2.3. Măsurarea stării de sănătate a populației *26*
2.3.1. Indicatori de măsurare a stării de sănătate a populației 31
2.3.2. Alți indicatori utilizați în măsurarea stării de sănătatea a populației 33

CAPITOLUL 3 48

MORBIDITATEA 48
3.1. Morbiditatea – definiție, scop, tipuri de morbiditate *48*
3.2. Sursa de informații pentru studiul morbidității, este reprezentată de: *49*
3.3. Incidența *50*
3.3.1. Incidența generală (anuală globală) 51
3.3.2. Ponderea (structura) cazurilor noi de îmbolnăvire printr-o anumită cauză. 51
3.3.3. Incidența specifică poate fi calculată: 51
3.3.4. Evoluția principalelor cauze de morbiditate în România 52
3.3.5. Densitatea incidenței 53
3.3.6. Incidența cumulativă 54
3.4. Prevalența *56*
3.4.1. Prevalența de moment 56
3.4.2. Prevalența generală şi specifică 57
3.4.3. Echilibrul epidemiologic între incidență – prevalență. 58
3.5. Morbiditatea spitalizată *60*
3.6. Morbiditatea individuală (pe contingente) *61*
3.7. Consecințele morbidității *62*

CAPITOLUL 4 64

STUDII EPIDEMIOLOGICE 64
4.1. Noțiuni de bază utilizate în epidemiologie *64*
4.2. Studii epidemiologice. Clasificare. *65*
4.3. Studii epidemiologice *66*
4.3.1. Caracteristicile personale 67
4.3.2. Caracteristicile spațiale (geografice sau de loc) 69
4.3.3. Caracteristici temporale 69
4.4. Studii epidemiologice analitice *69*
4.4.1. Studiile de cohortă (generații) 70
4.5. Studiile epidemiologice caz-control *76*

4.6. Studii de cohortă şi case-control – avantaje şi dezavantaje ... *79*

CAPITOLUL 5 ... 81

STATISTICA DEMOGRAFICĂ ... 81
5.1 Definiţie. Importanţa cunoaşterii noţiunilor de demografie pentru medic ... *81*
5.2. Noţiuni fundamentale utilizate în demografie ... *82*
5.3. Surse de informaţii utilizate în studiul demografiei ... *83*
5.4. Statica populaţiei ... *85*
5.4.1. Volumul populaţiei (numărul de locuitori) ... 85
5.4.2. Densitatea populaţiei ... 86
5.4.3. Dispersia populaţiei ... 87
5.4.4. Structura populaţiei pe sexe ... 88
5.4.5. Structura populaţiei pe grupe de vârstă ... 89
5.4.6. Structura populaţiei după starea civilă ... 91
5.5 Dinamica (mişcarea) populaţiei ... *92*
5.5.1 Dinamica (mişcarea) naturală a populaţiei ... 92
5.5.1.1. Reproducerea populaţiei ... 93
5.5.1.1.1. Natalitatea ... 95
5.5.1.1.2. Fertilitatea ... 98
5.5.1.1.3. Indicele brut de reproducere ... 99
5.5.1.1.4. Indicele net de reproducere ... 99
5.5.1.1.5. Descendenţa finală ... 99
5.5.1.1.6. Descendenţa medie finală ... 100
5.5.1.1.7. Indicele (rata de fecunditate) ... 102
5.5.1.1.8. Indicele (rata) de nupţialitate ... 102
5.5.1.1.9. Divorţialitatea ... 103
5.5.1.1.10. Avorturile ... 103
5.5.1.2. Mortalitatea populaţiei ... 105
5.5.1.2.1 Rata brută de mortalitate generală sau indicele de mortalitate generală ... 108
5.5.1.2.2. Ratele de mortalitate specifică pe: ... 109
5.5.1.2.3. Indicatori de structură (mortalitatea proporţională) ... 110
5.5.1.2.4. Metode de standardizare a mortalităţii ... 111
5.5.1.2.5. Speranţa de viaţă la naştere (durata medie a vieţii) ... 112
5.5.1.2.6. Mortalitatea generală în România ... 114
5.5.1.2.7. Mortalitatea maternă ... 114
5.5.1.2.8. Mortalitatea infantilă ... 117
5.5.1.2.9. Mortinatalitatea ... 122
5.5.1.2.10. Mortalitatea 1-4 ani (mortalitate primei copilării) ... 123
5.5.2 Dinamica (mişcarea) migratorie a populaţiei ... 124

CAPITOLUL 6 ... 127

EDUCAŢIA PENTRU SĂNĂTATE ŞI PROMOVAREA SĂNĂTĂŢII. MARKETINGUL SOCIAL – MODEL DE PROMOVARE A SĂNĂTĂŢII ... 127
6.1. Educaţia pentru sănătate: definiţie, scopuri ... *127*
6.1.1. Latura cognitivă a educaţiei pentru sănătate ... 128
6.1.2. Latura motivaţională (psihologică) a educaţiei pentru sănătate ... 129
6.1.3. Latura formativă (comportamentală) a educaţiei pentru sănătate ... 131
6.1.4. Metodele (mijloacele) educaţiei pentru sănătate ... 132
6.1.4.1. Criteriul adresabilităţii ... 132
6.1.4.2. Criteriul căilor de transmitere ... 133
6.1.4.3. Criteriul relaţiei emiţător-receptor ... 135
6.1.5. Comunicarea în educaţia pentru sănătate ... 135
6.1.6. Bariere în comunicare ... 137
6.1.7. Educaţia pentru sănătate – tehnici utilizate ... 138
6.2. Promovarea sănătăţii ... *139*
6.2.1. Principiile promovării sănătăţii ... 139

6.2.2. Promovarea sănătății - Obiective ... 140
6.3. Marketingul social – model de promovare a sănătății ... *142*
6.3.1. Componentele unui marketing social (după Lefebre şi Flora) ... 144

CAPITOLUL 7 ... 147

PROBLEMATICA MEDICO-SOCIALĂ A POPULAȚIEI VÂRSTNICE ... 147
7.1. Definirea vârstnicului, categorii de populație vârstnică ... *147*
7.2 Îmbătrânirea populației – caracteristici demografice ... *148*
7.3. Îmbătrânirea populației – metode de măsurare ... *149*
7.3.1 Determinarea ponderii populației vârstnice din totalul populației ... 149
7.3.2. Vârsta medie a populației ... 152
7.3.3. Raportul dintre numărul vârstnicilor şi numărul copiilor ... 154
7.3.4. Indicele de dependență (raportul dintre numărul persoanelor inactive şi numărul persoanelor de vârstă activă) ... 155
7.4. Caracteristicile socio-demografice ale populației vârstnice din România ... *157*
7.5. Îmbătrânirea populației – consecințe medicale şi psiho-sociale ... *158*
7.5.1. Consecințe medicale ... 158
7.5.2. Consecințe psiho-sociale ... 160
7.6. Tipuri de servicii medico-sociale destinate vârstnicilor ... *162*
7.7. Propuneri de creştere a calității serviciilor medico-sociale destinate vârstnicilor ... *169*
7.8. Strategii de restructurare a vieții vârstnicilor ... *170*

CAPITOLUL 8 ... 172

SISTEME DE SĂNĂTATE ... 172
8.1. Definiții. Determinanții unui sistem de sănătate ... *172*
8.2. Componentele de bază ale unui sistem de sănătate ... *175*
8.2.1. Producerea şi dezvoltarea de resurse ... 176
8.2.1.1. Resursele umane (forța de lucru) ... 176
8.2.1.2. Facilitățile sanitare ... 177
8.2.1.3. Bunurile sanitare ... 178
8.2.1.4. Cunoştințele ... 178
8.2.2. Organizarea de programe ... 180
8.2.3. Suportul economic – Finanțarea sistemelor de sănătate ... 181
8.2.3.1. Finanțarea de la bugetul de stat ... 182
8.2.3.2. Finanțarea prin asigurări sociale de sănătate care sunt obligatorii ... 183
8.2.3.3. Finanțarea prin asigurări private de sănătate (voluntare) ... 185
8.2.3.4. Finanțarea prin plăți directe ... 186
8.2.3.5. Finanțarea comunitară ... 188
8.2.3.6. Circuitul banilor într-un sistem de sănătate (sistem de îngrijiri de sănătate) ... 188
8.2.4. Managementul ... 191
8.2.5. Acordarea de servicii ... 191
8.3. Calitățile unui bun sistem de îngrijiri de sănătate (SIS) ... *192*
8.4. Sistemul de plată a medicilor (furnizorii de servicii de sănătate) ... *193*
8.4.1. Plata pe serviciu ... 194
8.4.2. Plata pe caz ... 194
8.4.3. Plata pe zi – plata „*per diem*" de îngrijiri de spitalizare ... 195
8.4.4. Bonificații ... 195
8.4.5. Plata per capita ... 195
8.4.6. Plata prin salariu ... 196
8.4.7. Bugetul global ... 196
8.5. Sistemul național de sănătate tip Beveridge ... *197*
8.5.1. Organizarea sistemului național de sănătate britanic ... 198
8.6. Sistemul bazat pe asigurări sociale de sănătate (obligatorii) de tip Bismarck ... *200*

8.7. Sistemul de sănătate bazat pe asigurări de sănătate private, întâlnit în Statele Unite ale Americii ... *202*

CAPITOLUL 9 ... 205

ÎNGRIJIRILE PRIMARE DE SĂNĂTATE ... 205

MARIA-LILIANA ILIESCU ... 205

9.1. Istoric ... *205*

9.2. Definiție. ... *207*

9.3. Principiile de bază ale îngrijirilor primare de sănătate ... *208*

9.3.1. Distribuția echitabilă ... 209

9.3.2. Implicarea comunității ... 210

9.3.3. Concentrarea asupra activității de prevenire ... 210

9.3.4.Tehnologie corespunzătoare ... 211

9.3.5. Abordarea multisectorială ... 211

9.4. Componente de bază ale îngrijirilor primare de sănătate ... *212*

9.4.1. Educația pentru sănătate, prevenirea şi controlul bolilor ... 212

9.4.2. Promovarea unei alimentații corecte ... 213

9.4.3. Asigurarea cu apă potabilă, în cantitate adecvată şi o sanitație de bază ... 214

9.4.4. Îngrijirea mamei şi copilului, inclusiv planningul familial ... 214

9.4.5. Imunizarea împotriva bolilor infecțioase majore ... 216

9.4.6 Tratamentul adecvat al bolilor curente şi vătămărilor ... 217

9.4.7. Asigurarea cu medicamente esențiale ... 217

CAPITOLUL 10 ... 220

ÎNGRIJIRILE SPITALICEŞTI ... 220

MARIA-LILIANA ILIESCU ... 220

10.1. Definiția spitalului. Istoric ... *220*

10.2. Organizarea spitalelor ... *221*

10.3. Clasificarea spitalelor ... *223*

10.4. Îngrijirile spitaliceşti ... *225*

10.5. Morbiditatea spitalizată ... *228*

10.6. Noțiuni de management spitalicesc ... *230*

10.7. Cheltuielile spitaliceşti ... *232*

10.8. Finanțarea spitalelor ... *233*

10.9. Mecanisme de plată ... *234*

10.9.1. Plata per serviciu ... 234

10.9.2. Plata bazată pe diagnostic. Experimentul DRG ... 235

10.9.3. Capitația ... 236

10.9.4. Bugetul global ... 237

10.9.5. Plata pe zi de spitalizare ... 237

10.10. Evaluarea activității spitalelor ... *237*

10.11. Indicatori ai activității medicale în România ... *242*

CAPITOLUL 11 ... 246

SISTEMUL DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE DIN ROMÂNIA. NOȚIUNI DE LEGISLAȚIE. ... 246

11.1. Politicile de sănătate de după decembrie 1989 ... *246*

11.2. Strategia de sănătate națională a României ... *247*

11.3 Principiile politicii de sănătate a MSF ... *249*

11.4. Reforma sistemului primar de asistență medicală ... *251*

11.5. Caracteristicile LASS din România ... *252*

11.5.1. Categorii de persoane care sunt asigurate ... 252

11.5.2. Categorii de persoane asigurate, dar fără plata contribuției ... 253

11.5.3. Drepturile asiguraților ... 255

11.5.4. Rolul Ministerul Sănătății şi Familiei 256
11.5.5. Organizarea Caselor de Asigurări Sociale de Sănătate 257
11.5.6. Organele de conducere ale caselor de asigurări de sănătate 258
11.6. Legea nr. 100/1997 privind asistența de sănătate publică *264*
11.6.1. Ministerul Sănătății şi Familiei 265
11.6.2. Direcțiile de sănătate publică 266
11.6.3. Institutele de sănătate publică 268
11.6.4. Exercitarea inspecției sanitare de stat 268
11.7. Organizarea asistenței medicale primare *269*
11.7.1. Asistența medicală primară 269
11.7.2. Modalități de plată a furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală primară 271
11.7.2.1. Tarif pe persoană asigurată – per capita 271
11.7.2.2. Tarif pe serviciu medical 272
11.7.3. Atribuțiile furnizorilor de servicii medicale din asistența medicală primară. 273
11.7.4. Drepturile furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală primară 275
11.7.5. Modalitatea de încheiere a contractului de furnizare a serviciilor medicale 276
11.7.6. Organizarea programului de activitate pentru furnizorii de servicii medicale primare 277
11.7.7. Decontarea 278
11.7.8. Avantaje şi responsabilități 279
11.7.9. Organizarea asistenței medicale în ambulatoriul de specialitate 280

CAPITOLUL 12 283

MANAGEMENT SANITAR. GENERALITĂȚI 283
12.1. Scurt istoric *283*
12.2. Principiile generale ale conducerii *285*
12.3. Ştiința şi arta conducerii *286*
12.4. Sursele autorității în activitatea de conducere (în grup) *287*
12.5. Lideri şi tipuri de conducere *288*
12.6. Tipuri de lideri *289*
12.7. Stiluri de conducere *290*
12.7.1. Stiluri de management 292
12.7.2. Tipuri de manageri 293
12.7.3. Stiluri de conducere 293
12.8. Calitățile unui lider autentic *294*
12.9. Funcțiile manageriale *295*
12.10. Rolurile manageriale *298*
12.11. Aptitudinile manageriale *300*

BIBLIOGRAFIE 302

CAPITOLUL 1

INTRODUCERE ÎN SĂNĂTATEA PUBLICĂ. DEFINIȚII. ISTORIC. SCOP. OBIECTIVE. METODE

Ca disciplină de învățământ medical, **Sănătatea Publică** face parte din grupul disciplinelor cu caracter preventiv, alături de Epidemiologie, Igienă şi Medicina Muncii (Sănătate Ocupațională).

1.1. Definiții date Sănătății Publice

Colegiul American de Medicină Preventivă o defineşte ca fiind:

„Un domeniu specializat al practicii medicale, alcătuit din discipline distincte, care-şi concentrează disponibilitățile asupra unei anumite comunități (populații), în scopul promovării şi menținerii sănătății, a bunăstării, precum şi prevenirii bolilor, incapacității şi decesului prematur."

În definiția O.M.S. este:

„Ştiința şi arta prevenirii bolilor, prelungirii vieții şi promovării sănătății prin eforturile organizate ale societății,"

J.J. Hanlon: „Sănătatea Publică este ştiința protejării oamenilor şi a sănătății prin efortul organizat al societății"

Prof. dr. Dan Enăchescu: „Sănătatea Publică reprezintă ansamblul cunoştințelor, deprinderilor şi atitudinilor populației orientat spre menținerea şi îmbunătățirea sănătății."

1.2. Sănătatea Publică. Istoric

Această disciplină a avut de-a lungul timpului diverse denumiri, şi anume

cea de:

- **Igienă Socială** (în a doua jumătate a secolului al XIX-lea – începutul secolului al XX-lea);
- **Organizare Sanitară** (în U.R.S.S. şi fostele țări socialiste);
- **Medicină Socială** (în țările Europei Occidentale).

În România, denumirea veche de **Medicină Socială**, adoptată în 1967, a fost schimbată în cea de **Sănătate Publică şi Management** în 1994.

Prima catedră de Medicină Socială din România a fost înființată la Bucureşti în 1942 sub conducerea profesorului Gh. Banu (1889-1957). Profesorul Th. Ilea este o altă personalitate a şcolii de Medicină Socială bucureştene. În țară, Medicina Socială s-a dezvoltat la Cluj (sub conducerea prof. I. Moldovan şi V. Coroi).

În învățământul medical ieşean, predarea Medicinii Sociale a început în cadrul catedrei de Igienă, sub conducerea prof. Mihai Ciucă, pentru ca ulterior să devină o disciplină cu predare independentă (DUDA, R.: „Sănătate Publică şi Management" – Iaşi, 1996 – Editura Moldotip, pp. 12-17).

În anul 1948 ia ființă la Iaşi disciplina de Organizare Sanitară, condusă de conf. dr. Ion Spânu.

În perioada 1951-1966 – disciplina de Sănătate Publică şi Management a fost condusă de prof. dr. Paul Pruteanu (avându-i colaboratori pe dr. Miarka Pyrozinski, dr. Paraschiva Foişor şi dr. René Duda).

Între anii 1967-1991, conducerea a fost preluată de prof. dr. Valeriu Rugină (1926-2003), pentru ca, începând din anul 1991 şi până în 1999, catedra să fie condusă de regretatul prof. dr. René Corneliu Duda.

Întemeietorul învățământului modern în specialitatea Sănătate Publică şi Management în centrul universitar Iaşi este prof. dr. Paul Pruteanu (1908-1966), autor al numeroase lucrări de specialitate adresate studenților („Metodologie statistică", „Sănătate publică"), monografii („Spitalul unificat", 1954; „Dispensarizarea", 1955; „Iacob Cihac", 1966), participând alături de prof. dr. Dumitru A.

Cornelson la elaborarea volumului „Îndreptarul medicului de circumscripție sanitară rurală" (1959-1960), acesta fiind considerat un pionier al biostatisticii şi demografiei matematice în centrul universitar Iaşi. Şi-a adus contribuția, de asemenea, în probleme de istorie a medicinii prin lucrarea („Contribuții la istoricul spitalelor din Moldova", 1957).

Începând cu anul 1968, sub conducerea prof. dr. Valeriu Rugină, catedra a organizat cursuri postuniversitare în probleme de biostatistică, iar din 1992, sub conducerea prof. dr. René Duda, au fost organizate în cadrul catedrei de Sănătate Publică, cursuri postuniversitare de perfecționare, temele abordate fiind de management sanitar şi calitate a serviciilor de sănătate, epidemiologia bolilor cronice.

Începând cu anul 2002, catedra de Sănătate Publică organizează, în colaborare cu cea de Epidemiologie, cursuri de „Competență în managementul serviciilor de sănătate".

În unitățile de învățământ medical, disciplina este predată în anul terminal, atunci când studenții pot aplica la nivel comunitar noțiunile cu caracter preventiv acumulate.

Rezidențiatul în specialitatea de Sănătate Publică şi Management se desfăşoară pe o perioadă de patru ani, urmărind să formeze specialişti ce vor lucra ca manageri în unitățile spitaliceşti, în Direcția de Sănătate Publică, Casa de Asigurări Sociale de Sănătate, în Institutul de Sănătate Publică sau instituții nonguvernamentale. Specialitatea de Sănătate Publică şi Management figurează în nomenclatorul specialităților medicale.

La ora actuală, sfera de preocupări la nivelul disciplinei cuprinde următoarele direcții:

1. Identificarea şi ierarhizarea principalelor probleme de sănătate la nivel comunitar
2. Epidemiologia, bază fundamentală a sănătății publice ce permite identificarea factorilor de risc pentru sănătate şi instituirea măsurilor de intervenție.

3. Studiul managementului sanitar şi a calității serviciilor de sănătate.

De asemenea, disciplina de Sănătate Publică şi-a adus contribuția, prin cercetările întreprinse, la elaborarea proiectului Legii Asigurărilor Sociale de Sănătate şi la elaborarea strategiei sanitare în perioada de tranziție.

1.3. Sănătatea Publică. Scop

Sănătatea Publică are ca obiect de studiu starea de sănătate a populației, corelată cu factorii care o influențează.

- **Scopul Sănătății Publice** este acela de a reduce la nivel populațional:
  - disconfortul;
  - boala;
  - incapacitatea (invaliditatea şi handicapul);
  - decesul prematur.
- **Obiectul Sănătății Publice** îl reprezintă grupurile umane

Căile prin care se pot realiza scopurile sănătății publice presupun efortul organizat al întregii colectivități.

Sănătatea publică a fost definită de Hanlon ca fiind ştiința protejării oamenilor şi a sănătății, a promovării şi redobândirii sănătății prin efortul organizat al societății.

Aceste eforturi sunt susținute prin legi, programe cu caracter preventiv, instituții şi servicii sanitare, sociale, cu caracter educativ şi cu participarea întregii populații.

Scopurile Sănătății Publice:

1. Promovarea sănătății, urmărind ca oamenii să fie tot mai sănătoşi, pentru a putea participa la viața socială.
2. Ocrotirea sănătății prin menținerea sănătății şi prevenirea bolilor.
3. Controlul morbidității prin combaterea bolilor şi a consecințelor lor.

4. Redobândirea sănătății prin contribuția medicilor, a serviciilor sanitare şi sociale.

1.4. Sănătatea Publică. Conținut (domeniile principale ale sănătății publice)

- Cunoaşterea şi evaluarea stării de sănătate a unei populații, utilizând noțiuni de:
  - demografie (mortalitate, letalitate, natalitate, etc.);
  - morbiditate (incidență, prevalență, morbiditate spitalizată);
  - studii epidemiologice descriptive şi analitice;
  - screening
- Studiul influenței factorilor de risc socio-economici asupra stării de sănătate a populației, ştiind că o parte din boli sunt cu determinism social.
- Noțiuni de biostatistică cu etapele sale de culegere, prelucrare şi interpretare a datelor.
- Educația pentru sănătate şi promovarea sănătății.
- Noțiuni de management sanitar.
- Descrierea şi analiza comparativă a principalelor sisteme de sănătate existente în lume.
- Noțiuni de legislație sanitară.
- Reforma serviciilor de sănătate.
- Îngrijiri primare de sănătate.
- Îngrijiri de specialitate oferite de unitățile cu paturi şi cele din ambulatoriu.
- Managementul şi calitatea serviciilor de sănătate
- Noțiuni de prevenire a principalelor cauze de îmbolnăvire prin aplicarea programelor naționale de sănătate.

Obiectivele de studiu ale Sănătății publice:

- Cunoaşterea stării de sănătate a populației; identificarea nevoilor de sănătate ale comunității şi ierarhizarea lor în funcție de priorități;
- Cunoaşterea morbidității colective şi factorii care o condiționează; promovarea unei politici care să favorizeze sănătatea şi prevenirea îmbolnăvirilor;
- Cunoaşterea măsurilor complexe care să ducă la apărarea, promovarea şi refacerea stării de sănătate a populației. Supravegherea sănătății grupurilor umane;
- Evaluarea calității serviciilor de sănătate; asigurarea controlului sănătății prin efortul conjugat al întregii colectivități.

Metode şi tehnici utilizate în Sănătatea publică:

1. Metodele şi tehnicile biostatisticii, statisticii sanitare şi epidemiologice;
2. Studiul populațiilor umane – partea de demografie;
3. Metode şi tehnici de evaluare a morbidității cu toate formele ei de expresie şi a relațiilor de cauzalitate dintre factorii de risc şi boală;
4. Elemente de conducere ştiințifică a serviciilor medicale şi elaborarea de programe de sănătate în teritoriu;
5. Elemente de educație pentru sănătate, planificare, economie şi legislație sanitară;
6. Studiul influenței factorilor de risc socio-economici asupra stării de sănătate a populației;
7. Cercetarea consumului medical al populației;
8. Eficiența medicală şi economică a asistenței medicale;
9. Elaborarea de planuri sanitare de prevenție a bolilor cu largă răspândire în populație sau pentru creşterea nivelului stării de sănătate a populației.

CAPITOLUL 2

SĂNĂTATE ŞI BOALĂ; STAREA DE SĂNĂTATE A POPULAȚIEI. INDICATORI DE MĂSURARE A STĂRII DE SĂNĂTATE A POPULAȚIEI

2.1. Definiția sănătății şi a stării de boală

Starea de **sănătate a individului** este definită de OMS ca fiind: „O bunăstare completă, fizică, mentală şi socială, care nu constă numai în absența bolii sau a infirmității.” Este definiția cea mai frecvent utilizată, care prezintă o serie de caracteristici:

- este acceptată de toată lumea ca o aspirație;
- realizarea ei presupune participarea comunității;
- subliniază latura pozitivă şi caracterul multifactorial al stării de sănătate.

Definiția este acceptată ca un deziderat pe lungă durată.

Definiția dată sănătății se referă la absența bolii sau a infirmității, a incapacității şi a handicapului, sănătatea fiind privită sub aspect pozitiv, ca o „stare de bine”.

Starea de bine a individului sau a grupurilor populaționale reprezintă un aspect important, care ține de calitatea vieții.

Starea de sănătate este influențată în sens pozitiv sau negativ de factorii biologici, de comportamente, obiceiuri, factori economici, politici, sociali, culturali.

Sănătatea ca noțiune individuală este rezultatul interacțiunii dintre zestrea biologică, genetică a omului şi condițiile mediului său de viață şi de activitate, natural şi social.

Sănătatea populației reprezintă un fenomen complex, biologic, psihologic, social, cultural, care exprimă sintetic nivelul şi caracteristicile sănătății membrilor comunității, privită în ansamblul ei.

Sănătatea grupurilor umane este definită ca o sinteză a sănătăților individuale.

OMS a adoptat strategia „Sănătate pentru toți" care cuprinde patru domenii de activitate:

- Modul de viață şi sănătatea
- Factorii de risc ce afectează sănătatea şi mediul
- Reorientarea sistemului de îngrijiri sanitare
- Factorii de susținere politici, manageriali, tehnologici, umani şi de cercetare necesari realizării schimbării din primele trei domenii amintite.

În epidemiologie, definirea stării de sănătate constă în a măsura „prezența sau absența bolii".

În ceea ce priveşte **boala**, *M. Jenicek* (1987) o defineşte ca fiind „o neadaptare sau o deficiență a mecanismului de adaptare a organismului ca şi absența reacțiilor la stimulii la care organismul este expus".

Noțiunea de „boală" ca stare obiectivă, antrenează o modificare morfofuncțională a unui organ sau a funcțiilor vitale în totalitatea lor.

De asemenea, boala poate fi percepută sub aspect subiectiv ca pierderea stării de sănătate.

Pentru specialişti, noțiunea de boală este definită utilizând criterii biomedicale, fiind reprezentată de semne şi simptome.

Aşa cum diagnosticul stării de sănătate la nivel de individ se bazează pe o simptomatologie şi investigații paraclinice, şi la nivel de comunitate se poate măsura starea de sănătate, adică să se stabilească diagnosticul la nivel comunitar.

Etapele intermediare plecând de la sănătate la deces sunt:

- **sănătate**
- disconfort

- boală
- incapacitate
- invaliditate
- **deces**.

Raționamentul de diagnostic al stării de sănătate la nivel de colectivitate este asemănător cu cel pe care îl face medicul aflat în fața bolnavului, adică stabilind diagnosticul stării de sănătate pentru o persoană (Tabel 2-1).

Diagnosticul stării de sănătate la nivel populațional prezintă o serie de aspecte caracteristice, unele particularități. Evaluarea stării de sănătate la nivel de colectivitate presupune descrierea, analiza şi interpretarea caracteristicilor observate.

Descrierea caracteristicilor stării de sănătate se realizează utilizând indicatori statistici (având ca sursă studii demografice sau epidemiologice).

Tabel 2-1 Caracteristicile diagnosticului stării de sănătate la nivel individual şi de colectivitate

	Diagnosticul stării de sănătate a **individului**	**Diagnosticul** stării de sănătate a **colectivității**
1	**Identificarea persoanei** (nume, sex, vârstă, etc.)	**Identificarea grupului** (distribuția şi valorile medii, dispersia de la valorile medii pentru sex, vârstă, alte variabile)
2	**Anamneză**: - examen clinic; - examen paraclinic; - informațiile obținute se compară cu un „model" ştiut pentru diverse afecțiuni.	Se culeg **informații** în condiții cât mai standardizate - se prelucrează datele; - se centralizează; - se calculează indicii; - se compară rezultatele cu anumite modele de referință.
3	**Diagnosticul** (nivelului de sănătate) de boală a **individului**	**Diagnosticul** sănătății **comunității**
4	**Determinarea etiologiei** bolii	**Determinarea cauzelor** probabil implicate
5	**Tratamentul** etiologic sau simptomatic	**Tratamentul** sub forma unui program de măsuri care vizează factorii de risc sau boala a cărei prevalență a fost determinată
6	**Controlul**	**Controlul** prin monitorizarea stării de sănătate a colectivității

Analiza şi interpretarea acestora presupune utilizarea conceptelor şi metodelor specifice analizei matematice (biostatisticii), epidemiologiei, demografiei, sociologiei, dreptului, eticii.

1. Evaluarea stării de sănătate a grupurilor populaționale se bazează pe principiile metodei de cercetare ştiințifică, în special pe rigoare şi modalitate sistematică de abordare.
2. Tendința actuală este de a măsura starea de sănătate într-un mod multicriterial, procesual, evolutiv şi de a o aprecia în funcție de criteriile de referință.
3. Sănătatea grupului uman este o sinteza a stării de sănătate individuală, toate apreciate într-o viziune sistemică, globală.
4. Starea de sănătate a populațiilor se apreciază pe baza nivelului unor caracteristici manifestate la nivel de grup, caracteristici cunoscute sub numele de „fenomene”.
5. Exprimarea nivelului acestor fenomene se realizează cu ajutorul valorilor absolute, dar mai exact cu ajutorul indicatorilor şi a indicilor.
6. Indicii utilizați pot fi, după natura lor, indici cantitativi şi indici calitativi. Indicii de expresie calitativă sunt de obicei indici de sinteza şi permit o viziune globală, comparabilă a stării de sănătate a grupurilor populaționale. Indicii de expresie cantitativă oferă de obicei o cantitate mai mare de informație necesară pentru descrierea fenomenelor.
7. În evaluarea stării de sănătate se îmbină conceptele metodele şi tehnicile specifice demografiei, epidemiologiei, statisticii medicale, sociologiei şi eticii.
8. Cel mai exact, rezultatele analizei stării de sănătate, se exprimă printr-un raport (comparabil cu epicriza clinică) care poate exprima mai exact şi nivelul gravității (severității), etiologia (cauzele), pre-

cum şi prognosticul problemelor evidențiate.

9. Exprimarea stării de sănătate doar prin unul sau mai mulți indicatori sintetici are ca efect o pierdere mare de informație utilă.
10. Interpretarea rezultatelor trebuie făcută din punct de vedere statistic, al importanței clinice şi al importanței pentru sănătatea publică. Se pune un deosebit accent pe interpretarea nivelului de semnificație statistică corelat cu dimensiunea şi calitatea eşantionului.
11. Cunoaşterea stării de sănătate a populației, precum şi a prezenței şi nivelului factorului de risc, permite definirea problemelor de sănătate al grupului şi posibilitatea de elaborare şi desfăşurare de programe de sănătate preventivă, profilactică, curativă şi de recuperare.

2.2 Factorii care influențează starea de sănătate a populației (Determinanții stării de sănătate a populației – modelul Dever)

Există mai multe clasificări a factorilor care influențează starea de sănătate a populației (Fig. 2-1):

1. **Factori endogeni**
   a. Sexul;
   b. Rasa;
   c. Vârsta;
   d. Caracteristici biologice;
   e. Receptivitatea la infecții;
   f. Ereditatea;
   g. Constelația hormonală;
   h. Caracteristici demografice ale populației
2. **Factori de mediu (ambientali sau mezologici)**
   a) **mediu fizic**: - temperatura;
   - umiditatea;
   - radiații;

- zgomot;

b) **factori geo-climatici**:- altitudine;
- zonă geografică;
- la locul de muncă;
- locuință;
- mediul înconjurător.

c) **factori chimici**: - substanțe organice şi anorganice din apă, aer, sol şi alimente.

d) **factori biologici**: - bacterii;
- fungi;
- paraziți;
- virusuri.

e) **factorii mediului social**: - socio-culturali, PIB;
- pragul de sărăcie;
- mediul de reşedință;
- stilul de viață şi alimentație;
- condiții de muncă şi locuit;
- nivel de instruire, cultură, tradiții, obiceiuri

3. Factorii comportamentali, atitudinile, obiceiurile

Stilul de viață depinde de comportamente şi atitudini care la rândul lor sunt condiționate de factori sociali, adică stilul de viață este rezultatul factorilor sociali şi al comportamentelor.

Stilul de viață este influențat de:

- factorii de mediu
- experiența individuală
- presiunea anturajului
- mijloace financiare disponibile
- politica economică şi socială

Stilul de viaţă include:

- obiceiuri alimentare şi consum (abuz) de alcool, de droguri
- fumatul
- stresul
- violenţa socială
- sedentarismul
- odihna
- comportamentul sexual
- comportamentul rutier
- riscuri în timpul liber, riscuri profesionale

4. **Serviciile de sănătate (**preventive, curative, recuperatorii).

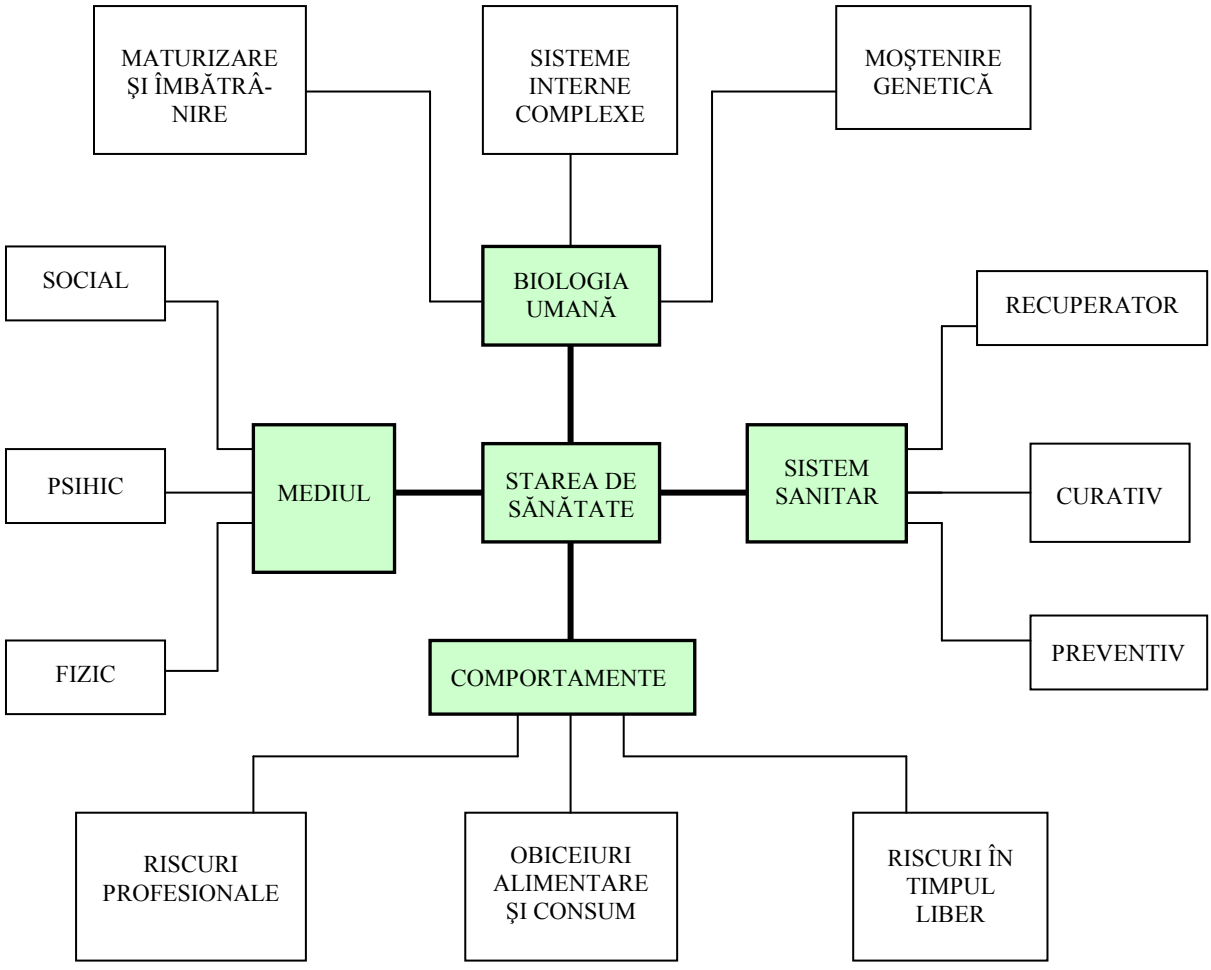


Fig. 2-1 Modelul epidemiologic al factorilor care determină starea de sănătate (după Dever)

Tendința actuală este ca modelul stării de sănătate să cuprindă identificarea priorităților, incluzând atât determinismul stării de sănătate cât şi alți factori care influențează rezultatele în sănătate, care pot merge de la îmbunătățirea stării de sănătate, scăderea mortalității, morbidității, la vindecare contribuind la modificări în ceea ce priveşte calitatea vieții.

Determinanții stării de sănătate pot fi modificați prin promovarea sănătății şi prevenției, la care se adaugă implicarea comunității, are un rol important.

Factorii care influențează îngrijirile de sănătate pot fi modificați prin diagnostic precoce, screening, precum şi prin implicarea pacientului sau a comunității.

Factorii cei mai importanți care influențează sănătatea rămân sărăcia, stilul de viață, şomajul, locuințele necorespunzătoare, nivelul de educație al populației, poluarea mediului.

Abordarea lor la nivel național, cu intervenții adecvate la nivel comunitar, ar trebui să se bazeze pe programe şi proiecte în care să fie utilizate resurse publice şi private din comunitatea respectivă.

Cunoaşterea stării de sănătate a unei comunități este importantă pentru:

- identificarea problemelor de sănătate
- identificarea comportamentului consumatorilor de servicii de sănătate
- identificarea comportamentului furnizorilor de îngrijiri de sănătate
- planificarea şi alocarea resurselor.

2.2.1. Stilul de viață

Stilul de viață este un factor determinant al stării de sănătate a unei populații. Programul OMS „Sănătate pentru toți" se bazează pe capacitatea individului de a-şi cunoaşte stilul de viață. Stilul de viață al unei persoane poartă amprenta modului de viață al comunității în care aceasta s-a format.

Importanța stilului de viață rezultă din ponderea lui în determinarea stării de sănătate a unei populații.

Din cei patru factori determinanți ai sănătății:

- stilul de viață are ponderea cea mai mare, de 51%.
- factorul biologic are o pondere de 20%;
- mediul ambiant are o pondere de 19%;
- sistemul de îngrijiri de sănătate – 10%.

Stilul de viață are următoarele componente:

- obiceiuri alimentare şi consum sau abuz de alcool;
- fumatul;
- stresul;
- utilizarea drogurilor;
- comportamentul sexual;
- comportamentul rutier;
- activitatea fizică (sedentarismul);
- riscuri în timpul liber;
- riscuri profesionale;

Stilul de viață este influențat de:

- factorii de mediu fizic;
- presiunea anturajului;
- dezvoltarea socio-economică a unei țări;
- nivelul de educație al populației în probleme de sănătate;
- obiceiuri dăunătoare sănătății determinate de tradiții, grad de instruire;
- mijloacele financiare de care dispune un individ sau un grup populațional;
- publicitatea crescută la produse cu influență negativă asupra stării de sănătate a populației (de ex. industria alcoolului).
- politica economică şi socială a unei țări ce încurajează producerea şi consumul de bunuri cu influență negativă asupra stării de sănătate a populației, precum şi publicitatea la astfel de produse.

2.2.2. Consumul abuziv de alcool

Este cunoscută la ora actuală implicarea consumului abuziv de alcool în producerea unor afecțiuni grave, cum ar fi:

- intoxicația gravă cu alcool;
- ciroza hepatică;
- pancreatită;
- afecțiuni neuro-psihice;
- cancer al cavității bucale;
- cancer hepatic şi esofagian, etc.;
- accidente;
- acte de violență;

Consumul abuziv de alcool este reprezentat de autoadministrarea repetată sau episodică de alcool etilic, care determină efecte medicale şi socio-economice importante.

Cu toată gravitatea problemelor legate de alcool, nu a existat niciodată o politică mondială eficientă privind aspectul preventiv al acestui flagel.

În ceea ce priveşte consumul abuziv de alcool, există numeroşi factori predispozanți. Aceştia sunt reprezentați de: stresul zilnic, exemplul familiei şi al anturajului, valorizarea de sine scăzută.

Consumul de alcool per capita este mai mare în țările puternic dezvoltate, comparativ cu cele în curs de dezvoltare.

Obiectivele „Sănătății pentru toți" nu pot minimaliza problemele majore legate de consumul abuziv de alcool.

2.2.3. Fumatul

Comportament profund dăunător sănătății, fumatul este responsabil de o multitudine de boli grave, cum ar fi: cancerul bronho-pulmonar, afecțiunile pulmonare cronice, afecțiuni digestive.

La nivel mondial, fumatul este considerat prima problemă de sănătate **evitabilă** din lume.

Studii efectuate la nivel mondial, arată o proporţie crescută a fumătorilor pe glob, mai afectaţi fiind cei din ţările industrializate.

În medie, tabagismul „ucide" 6 persoane/minut, iar un fumător din patru moare printr-o maladie datorată fumatului.

Fumatul contribuie la scăderea speranţei de viaţă de circa 4 ori, dacă fumatul a fost început de la 25 ani şi de 8 ori dacă fumatul a fost început de la 15 ani. (*A. Jehan,* 1995).

De asemenea, a crescut creşterea ratei fumatului la femeile din grupa de vârstă tânără, astfel că, pentru unele ţări cum ar fi Spania, Italia, aceasta depăşeşte ratele înregistrate în rândul bărbaţilor.

Renunţarea la fumat se realizează cu dificultate, datorită stării de dependenţă indusă de nicotină.

Legislaţia anti-tabac în vigoare, existentă în unele ţări, presupune:

- pe pachetele de ţigări să fie menţionat riscul pentru sănătate;
- reducerea sau interzicerea publicităţii la ţigări;
- interzicerea (restricţia) fumatului la locul de muncă, în locurile publice (instituţii, şcoli, spitale);
- prevenirea fumatului la tineri (prin interzicerea vânzării ţigărilor în şcoli);
- elaborarea de programe anti-fumat adresate mai ales tinerilor;
- scăderea producţiei de tutun;
- politici fiscale şi de preţ cu efecte descurajante, vizând în special tinerii;
- educaţia sanitară anti-tabac, făcând cunoscute riscurile la care se supune fumătorul, pe el şi pe cei din jurul său.

Pe plan mondial s-a ajuns la un consum mondial de 6.000 miliarde de ţigarete, numărul fumătorilor fiind de 1,1 miliarde.

Victimele tabagismului se ridică la 4 milioane decese anual, din care 3 milioane în ţările industrializate şi 1 milion în ţările mai puţin dezvoltate, ponderea cea mai mare înregistrându-se în rândul bărbaţilor (80%), **decese evitabile** prin lansarea şi aplicarea proiectelor anti-fumat de numeroase organisme internaţionale – OMS, UNICEF, Banca Mondială, Comisia Europeană pentru Sănătate şi

Protecția Consumatorului, Institutul Național pentru Cancer (SUA), Centrul de Control şi Prevenire a Bolilor (SUA). Rolul proiectelor propuse este acela de a duce o politică de control a fumatului, de reducere a fumatului pasiv – cunoscut sub acronimul de ETS (Environmental Tobacco Smoke) – de a asigura un mediu lipsit de fum de tutun la locul de muncă şi în spațiile publice, de a creşte gradul de conştientizare a riscurilor în rândul fumătorilor.

Începând cu anul 2000, ETS a fost inclus pe lista substanțelor carcinogene, fiind controlat de legea sănătății ocupaționale.

Rolul negativ al fumatului nu se referă doar la acțiunea sa nocivă asupra aparatului respirator, ca organ principal de impact, ci, propriu-zis, s-a demonstrat că nu există, practic, organ sau aparat care să nu fie alterat morfo-funcțional ca urmare a acestui obicei:

- aparat cardiovascular (angină pectorală, HTA);
- aparat digestiv (stomatite, gingivite, alterarea smalțului dentar, cancer de buze, de limbă);
- aparat reproducător (impotență sexuală, avort, inserții anormale de placentă, metroragii).

2.2.4. Consumul de droguri

Consumul de droguri generează probleme de sănătate fizică, mintală, de comportament, probleme de ordin familial, juridic, financiar, profesional, probleme greu de rezolvat atunci când sunt utilizate încă din adolescență.

Fenomenul traficului şi consumului de droguri a cunoscut o puternică amploare după anii ‘60, fiind considerat o adevărată „**epidemie psihosocială**”.

Datele epidemiologice arată o creştere a consumului de droguri mai ales în țările în curs de dezvoltare, tinerii fiind cei mai afectați.

În ultimul timp, România a devenit o țară de tranzit şi, parțial, piață de desfacere pentru droguri.

Distribuirea drogurilor în şcoli reprezintă o realitate şi în acelaşi timp o preocupare importantă din partea statului.

Flagel extins la nivel mondial şi care afectează țările puternic industrializate, comparativ cu țările în curs de dezvoltare, interesând toate straturile sociale, debutul consumului de droguri făcându-se la orice vârstă, consumul de droguri ilicite reprezintă o importantă problemă de sănătate publică.

Consecințele consumului de droguri asupra sănătății sunt de ordin **medical** (transmiterea virusului HIV, SIDA, virusurile hepatitei B şi C, TBC, boli cu transmitere sexuală) şi **social** datorită tulburărilor neuropsihice pe care le determină (nervozitate, depresie, agresivitate, astfel de persoane fiind implicate în acte de violență, accidente, probleme familiale, la serviciu, şcoală, etc.).

În anii de după revoluție (după anii '90), România s-a confruntat cu traficul internațional şi consumul de droguri, consum care **nu este, încă, aşa de extins** ca în țările vecine precum: Republica Moldova, Ucraina, Bulgaria, Ungaria, țara noastră fiind mai ales o țară de tranzit.

Studii referitoare la acest fenomen, efectuate în 1998 de Institutul de Management al Serviciilor de Sănătate Bucureşti, au arătat că, pe fondul unei instabilități economice existente, în România a crescut atât consumul de droguri cât şi numărul rețelelor de traficanți de droguri.

Cunoaşterea dimensiunii acestui fenomen va permite luarea deciziilor potrivite care să ducă la scăderea prevalenței consumului de droguri şi a consecințelor asociate.

În țara noastră, dintre drogurile cu administrare injectabilă, cele mai frecvent utilizate sunt heroina, Fortral, cocaină, ponderea cea mai mare reprezentând-o grupa de vârstă 14-21 ani (adolescenții şi tinerii). În acest sens, problema distribuirii drogurilor în şcoli a devenit o prioritate importantă pentru factorii decidenți.

Ce ar trebui făcut?

- Legislația ar trebui formulată în aşa fel încât aceasta să vină în întâmpinarea nevoilor, atât ale populației cât şi ale specialiştilor care lucrează în acest domeniu.
- Introducerea în programa şcolară a orelor obligatorii de prevenire a

consumului de droguri.

- Introducerea de programe extracuriculare în şcoli, de **ocupare** a timpului liber al elevilor şi de furnizare de alternative la consumul de droguri: cluburi, excursii, tabere, sport, activități artistice.
- Realizarea unor campanii prin mass-media adresate factorilor de protecție în ceea ce priveşte consumul de droguri: creşterea stimei de sine a tinerilor, valorizarea propriei persoane, îmbunătățirea comunicării în familie.
- Constituirea centrelor de prevenire şi consiliere antidrog drept instituții cu personalitate juridică şi personal încadrat care să asigure permanența activităților din cadrul centrului, înființarea de servicii telefonice gratuite de consiliere şi sprijin tip „help-line", afiliate la FESAT (Fundația Europeană de Servicii Telefonice Antidrog).
- Crearea unei rețele de servicii (ONG şi OG) care să poată oferi, pentru cei care utilizează droguri injectabile, plecând de la utilizarea seringilor de unică folosință şi mergând până la servicii de reabilitare.
- Oferirea de servicii ambulatorii consumatorilor de droguri injectabile (nu doar prin spitalizare)
- Înființarea, în marile oraşe, a serviciilor de specialitate complete, care să cuprindă o secție de toxicologie clinică, centru Detox, centru postcură, centre de informare şi consiliere a consumatorilor de droguri.

În Bucureşti funcționează Centrul Pilot de Tratament al Toxicomaniei în cadrul Spitalului de Psihiatrie Obregia. De asemenea, în centrul universitar Iaşi, există un centru Detox ce funcționează în cadrul Spitalului de Psihiatrie Socola.

2.2.5. Stresul

Reprezintă ansamblul răspunsurilor specifice date de organism la orice solicitare.

Stresul afectează de la vârste fragede stilul de viață al individului, prin inducerea unor stări de boală cu grave consecințe fizice, psihice şi sociale.

Cunoaşterea problematicii stresului este importantă pentru evitarea factorilor de risc favorizanți şi pentru adaptarea la un stil de viață sănătos.

Conceptul de stres îi aparține lui Hans Selye, care recunoştea prin acesta acțiunea de suprasolicitare a organismului de către o serie de factori fizici, chimici, biologici.

Orice situație de viață ce solicită mecanismul adaptativ generează stres. Evenimentul în sine reprezintă un stresor, fie că e vorba de evenimente bune sau rele.

Se citează în literatura medicală de specialitate asocierea care există între diferitele tipuri de personalitate (A, B, C) şi anumite stări de morbiditate. Astfel, indivizii care aparțin tipului A de personalitate, caracterizat prin: grabă, nerăbdare, implicare în muncă, ambiție exagerată, este predispus mai frecvent la boli cardiovasculare şi infarcte.

Tipul B de personalitate este specific persoanelor calme, organizate, eficiente.

Tipul C de personalitate este predispus îmbolnăvirii prin cancer şi se caracterizează prin: stări de melancolie, reprimarea emoțiilor negative, interiorizarea stărilor de furie.

2.3. Măsurarea stării de sănătate a populației

Măsurarea şi evaluarea stării de sănătate a unei populații, preocupare de actualitate, este un proces complex, dificil de realizat, deoarece sănătatea este o noțiune greu de cuantificat.

Unii autori (*Birckner*), arată că astfel de evaluări ale stării de sănătate comunitare se realizează din punctul de vedere al:

a. populației;
b. serviciilor de sănătate;
c. cunoştințelor medicale în domeniu;

a) Din punctul de vedere al populației, aceasta trebuie să fie informată în

legătură cu:

- propriile probleme de sănătate;
- modul de prevenire al îmbolnăvirilor;
- principalii factori de risc ce influențează sănătatea;
- promovarea unui stil de viață sanogen.

b) Din punctul de vedere al serviciilor de sănătate, evaluările se referă la:

- stabilirea nevoii de servicii medicale;
- determinarea priorităților;
- evaluarea calității serviciilor de sănătate;

c) Din punctul de vedere al cunoştinţelor medicale privind:

- cercetarea medicală;
- evaluarea tehnologiilor de diagnostic şi tratament;
- percepția problemelor de sănătate la nivel comunitar;

Teoretic, sănătatea se situează între doi poli: **zero** şi **ideal**.

Zero reprezintă **moarte**.

Ideal reprezintă **sănătate optimă**.

Omul tinde în permanență spre idealul de sănătate optimă.

După *H.G. Hoyman*, rangurile şi nivelurile sănătății şi ale bolii sunt reprezentate de următoarele momente:

- Sănătate optimă;
- Sănătate; — PREVENȚIE PRIMARĂ
- Starea de bine;
- Stare minoră de boală; — PREVENȚIE SECUNDARĂ
- Stare majoră de boală;
- Boală gravă; — PREVENȚIE TERȚIARĂ
- Moarte;

Stadiile stării de sănătate în funcție de gradul de autonomie socială, după OMS, sunt:

- Stare de sănătate optimă;
- Socialmente activ;
- Morbiditate limitată;
- Nevoia de ajutor pentru a se deplasa în exterior;
- Îngrijit la domiciliu;
- Incapacitate de a îndeplini sarcinile menajere;
- Incapacitate de a se alimenta;
- Incapacitate de a se îmbrăca;
- Incapacitate de a merge la toaletă;
- Neputință;
- Inconştiență;
- Incapacitate de a primi alimente;
- Comă;
- Moarte.

Astăzi se vorbeşte tot mai mult despre **costul bolii şi prețul sănătății**. (*C.F.A. Winslow*).

La nivel mondial se constată o creştere a decalajului între nevoile de îngrijiri medicale cu caracter preventiv, curativ şi de recuperare – pe de o parte – şi posibilitățile de rezolvare a acestora, pe de cealaltă parte.

Activitatea serviciilor de sănătate implică un important **consum medical** şi **financiar**.

Consumul medical se referă la totalitatea îngrijirilor medicale şi farmaceutice acordate unei persoane sau unui grup de către serviciile medico-farmaceutice.

O altă clasificare a etapelor stării de sănătate şi boală (OMS):

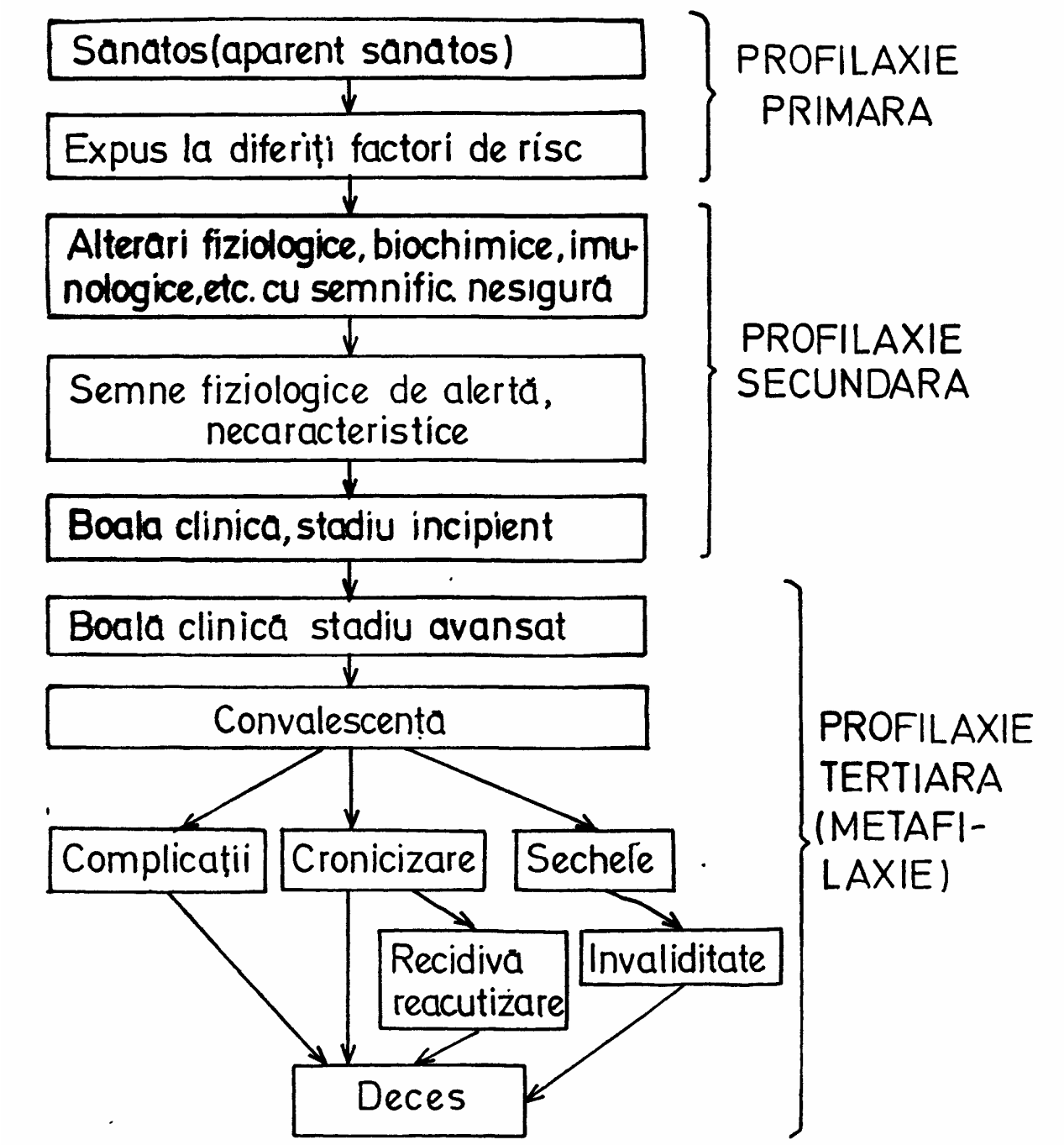


Fig. 2-2 Fazele unei boli şi mijloacele de profilaxie aplicabile în funcție de acestea

Consumul medical este utilizat de populație în scop preventiv, curativ şi de recuperare, fiind alcătuit din:

- acte medicale propriu-zise;
- bunuri materiale consumate (medicamente, materiale sanitare, reactivi, produse biologice);

Consumul medical este influențat de **problemele de sănătate** şi **nevoile de sănătate** existente într-o populație. Noțiunea de problemă de sănătate diferă de cea de nevoie de sănătate.

Problema de sănătate corespunde unei stări de sănătate, aşa cum este ea percepută de individ, medic, colectivitate.

Nevoia de sănătate

Problemele de sănătate duc la **nevoi de sănătate**.

Nevoia de sănătate este dată de diferența dintre starea de sănătate optimă şi cea prezentă (actuală), stabilită în acel moment.

Aşadar, nevoia de sănătate se referă la ceea ce ar trebui făcut pentru a rezolva problema de sănătate identificată la un moment dat în populație.

Nevoia de sănătate se măsoară prin **estimarea abaterii de la normal**.

Cu cât abaterea de la normal este mai mare, cu atât nevoia de sănătate este mai mare

Nevoia de sănătate generează **nevoi de servicii de sănătate** şi **nevoi de resurse de sănătate**.

Tipuri de nevoi – Clasificare – (după Bradshaw)

a) **Nevoi resimțite** – se referă la percepția propriilor probleme de sănătate ale unei persoane sau la ceea ce şi-ar dori aceasta legat de serviciile de sănătate. Nevoile resimțite au un caracter subiectiv.

b) **Nevoi exprimate** – se referă la cererea de servicii şi îngrijiri de sănătate oferite populației în funcție de nevoile resimțite.

c) **Nevoi normative** – sunt stabilite de către profesionişti (medici, economişti, sociologi, psihologi), în funcție de anumite norme, standarde considerate ca fiind **idealul**, **situația optimă**.

Nevoia de îngrijiri de sănătate

Se referă la diferența între serviciile de sănătate existente şi ceea ce se aşteaptă de la acestea (idealul) pentru a obține starea de sănătate dorită (Fig. 2-3).

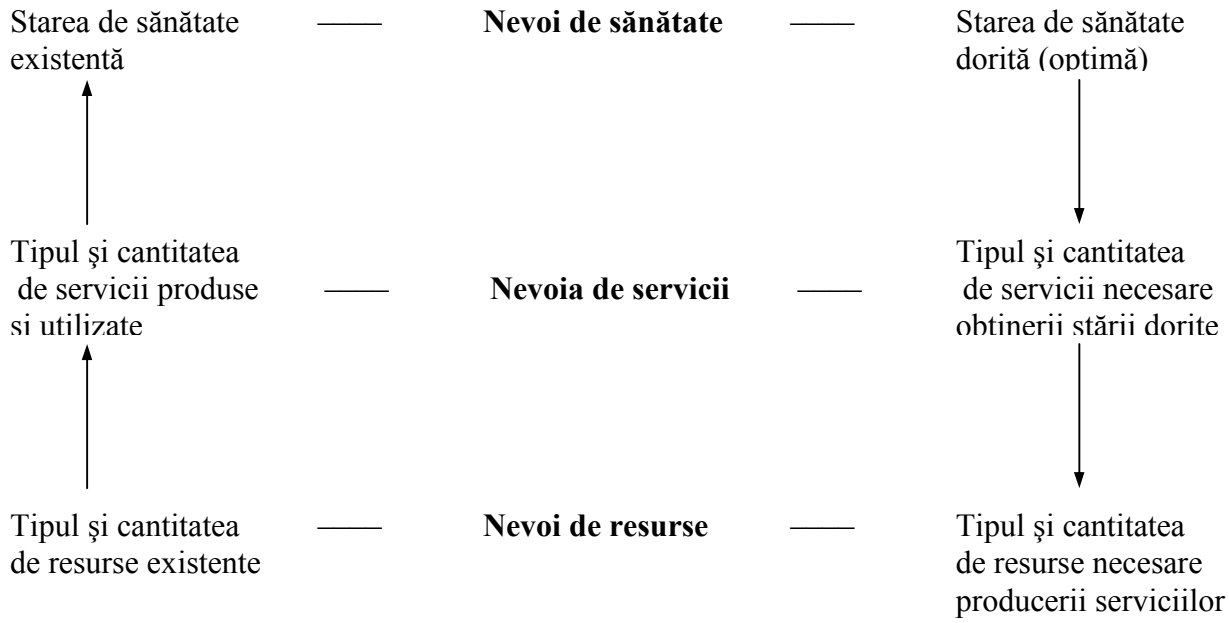

Starea de sănătate existentă
Nevoi de sănătate
Starea de sănătate dorită (optimă)
Tipul şi cantitatea de servicii produse si utilizate
Nevoia de servicii
Tipul şi cantitatea de servicii necesare obtinerii stării dorite
Tipul şi cantitatea de resurse existente
Nevoi de resurse
Tipul şi cantitatea de resurse necesare producerii serviciilor

Fig. 2-3 Relația dintre starea de sănătate existentă şi starea de sănătate dorită (după R. Pineault)

2.3.1. Indicatori de măsurare a stării de sănătate a populației

Există mai multe clasificări ale indicatorilor cu ajutorul cărora se măsoară starea de sănătate a populației.

Clasificarea recomandată de Uniunea Europeană (1997) cuprinde cinci categorii de indicatori.

Astfel, aceştia se clasifică în:

A. Indicatori ai stării de sănătate

1. Speranța de viață
   - speranța de viață la naştere şi la anumite vârste (1, 15, 35, 65 ani);
   - speranța de viață în condiții de sănătate;
2. Mortalitatea
   - mortalitatea generală;
   - mortalitatea specifică pe cauze de deces;
   - ratele de supraviețuire;
   - mortalitatea infantilă;

- anii potențiali de viață pierduți (APVP sau termenul din engleză – PYLL – „Potential Years of Lost Life);

3. Morbiditatea

- morbiditatea specifică; incidența şi prevalența specifică pe cauze de îmbolnăvire (grupe de boli), grupe de vârstă, sexe.
- morbiditatea profesională (incapacitate, invaliditate, handicap)

4. Calitatea vieții

- DALY (anii de viață corectați după incapacitate);
- alți indici: QALY (Quality Adjusted Life Years) – util în evaluarea economică de tip cost-utilitate, combină modificările în supraviețuire cu calitatea vieții pacienților, pentru a evalua beneficiul adus de intervenția efectuată (tratament).

B. Indicatori ai stilului de viață

1. Consumul de tutun
2. Consumul de droguri
3. Consumul de alcool
4. Dieta (alimentația)

C. Indicatori de caracterizare a condițiilor de viață şi muncă

1. Rata de angajare/şomaj;
2. Condiții ale mediului de muncă:
   - proporția persoanelor cu expunere la substanțe cancerigene şi alte substanțe periculoase;
   - frecvența accidentelor şi bolilor profesionale
3. Indicatori de caracterizare a condițiilor de locuit;
4. Indicatori de caracterizare a condițiilor de mediu înconjurător;
   - poluare aer;

- poluare apă;
- alte tipuri de poluare (sol, alimente) ;
- radiații;
- expunere la substanțe cancerigene sau alte substanțe dăunătoare în afara locului de muncă;

D. Protecția sănătății

1. Surse de finanțare (plata directă, impozite, etc.);
2. Resurse umane;
3. Cost/bolnav internat;
4. Cost medicamente/bolnav internat;

E. Caracteristici demografice şi sociale

1. Sex;
2. Vârstă;
3. Stare civilă;
4. Locul de rezidență;
5. Educație;
6. Venit;
7. Subgrupuri populaționale defavorizate;

2.3.2. Alți indicatori utilizați în măsurarea stării de sănătatea a populației

Plecând de la definiția devenită clasică, dată sănătății de OMS – „bunăstare fizică, psihică şi socială" (prin bunăstare socială înțelegând aspectul economic şi cultural), pentru măsurarea şi evaluarea stării de sănătate a populației, caracteristicile prelucrate şi exprimate prin sistemul de indicatori utilizați se referă şi la indicatorii sociali, economici, culturali, de ecosistem, etc.

Astfel, OMS recomandă ţărilor membre utilizarea unor indicatori sintetici care se referă la:

A. Condiții social-economice (nivelul de trai al populației): 14 indica-

tori.

B. Caracteristicile stării de sănătate a populației: 14 indici împărțiți între indicatorii demografici şi de morbiditate.

C. Indici care evidențiază gradul de asigurare a populației cu servicii profilactice şi curative şi activitatea instituțiilor şi a personalului medical; 227 de indici cu următoarele subgrupe:

- activitatea profilactică şi de monitorizare;
- serviciile de chirurgie şi asistentă medicală de urgență;
- serviciile de oncologie;
- activitatea curativă în industrie;
- serviciile de obstetrică;
- servicii curative şi profilactice pentru copii;
- servicii curative, de diagnostic şi auxiliare;
- distribuția şi utilizarea posturilor de medici şi personal medical;
- indici ce arată gradul de acoperire a necesităților de personal şi nivelul de pregătire a acestuia

Indicatorii utilizați pentru monitorizarea programului „Sănătate pentru toți până în anul 2000 (pe scurt HFA)" – (OMS, 1981), sunt clasificați după cum urmează:

Indicatori de politică sanitară:

- preocuparea la cel mai înalt nivel politic pentru HFA;
- alocarea resurselor adecvate pentru asistența primară; gradul de echitate în distribuția resurselor, gradul de implicare a comunității în HFA;
- stabilirea celor mai bune măsuri organizatorice şi manageriale pentru strategia națională HFA;
- manifestarea practică a implicării politice internaționale în HFA.

Indicatori economici şi sociali:

- sporul de populație;
- bugetul național sau produsul intern brut;
- distribuția veniturilor;
- gradul de ocupare al forței de muncă ;
- gradul de alfabetizare a populației adulte ;
- condițiile de locuit, exprimate prin numărul de persoane pe cameră;
- consumul de energie pe cap de locuitor.

Indicatori de asigurare ai îngrijirilor de sănătate:

- disponibilitate;
- accesibilitate fizică;
- accesibilitate economică şi culturală;
- utilizarea serviciilor;
- indicatori de apreciere a calității îngrijirilor.

Indicatori „de acoperire" la nivelul asistentei primare:

- nivelul de cultură medicală;
- accesul la apă curentă în locuință sau la mică distanță de aceasta;
- facilități igienice în locuință sau în imediata apropriere a acesteia;
- accesul mamelor şi copiilor la serviciile locale de îngrijire;
- asistența calificată la naştere;
- procentul de copii vaccinați împotriva bolilor infecțioase predominante;
- accesibilitatea medicamentelor esențiale pe tot parcursul anului;
- accesul la instituțiile de specialitate;
- procentul de populație, de diverse categorii, ce lucrează în asistența medicală primara şi in instituțiile specializate.

Indicatorii stării de sănătate:

- procentul noilor născuți cu greutatea la naştere de minim 2500 g;
- procentul copiilor cu greutate corespunzătoare vârstei şi corespunzătoare standardelor;
- indicatori de dezvoltare psihosocială a copiilor;
- rata mortalității infantile;
- rata mortalității sub vârsta de 5 ani;
- rata mortalității la populația tânără;
- speranța de viață la o vârstă determinată;
- mortalitatea maternă;
- mortalitatea specifică;
- morbiditatea specifică;
- nivelul de incapacitate de muncă;
- indicatorii de patologie mentală şi socială, cum ar fi rata suicidului, dependența de droguri, criminalitatea, delincvența juvenilă, alcoolismul, fumatul şi consumul de tranchilizante.

Indicatori de înrăutățire, incapacitate şi handicap

Clasificarea Internațională a indicatorilor de afectare, a incapacității şi handicapului ca suma efectelor anatomice, fiziologice şi biologice ale bolii. Incapacitatea este definită ca impactul bolii asupra capacității de a îndeplini diverse acțiuni în mod corespunzător condiției umane. Handicapul este reprezentat de impactul primelor două categorii asupra rolurilor individului în societate şi sunt specifice la nivel individual.

Clasificarea dimensiunilor incapacității include: locomoția, atingerea şi întinderea, dexteritatea, văzul, auzul, capacitatea de autoîngrijire, continența, comunicarea, comportamentul şi funcția intelectuală. Dimensiunile handicapului acoperă funcțiile de supraviețuire:orientare, independență fizică, mobilitate, ocupație, integrare socială şi autosusținerea economică.

Metodele de măsurare şi apreciere a incapacității şi handicapului au fost

descrise, de către *Ibrahim* (1980). Acesta consideră necesară adăugarea unui indice de securitate clasificării OMS. Modelul său IDH (*Impairement Disability Handicap*) ia în considerare efectele pe cinci niveluri:

- nivel biologic;
- nivel anatomic/fiziologic;
- nivel de incapacitate;
- nivel de handicap;
- ponderea globală a bolii.

Anii potențiali de viață pierduți (APVP)
(Indice PYLL)

Definiție: Suma anilor pe care i-ar fi trăit cel decedat dacă nu ar fi murit printr-o serie de decese evitabile şi înaintea împlinirii vârstei de 70 ani (speranța de viață la naştere pentru România).

APVP

- ❖ Reprezintă o selecție pe cauze de deces care este strâns legată de intervenția serviciilor de sănătate.
- ❖ Indicator sensibil al stării de sănătate al unei populații şi un mijloc de stabilire şi de comparare în ceea ce priveşte eficiența sistemelor de sănătate.
- ❖ Se referă la conceptul de **mortalitate evitabilă** ca indicator al calității asistenței medicale (decese evitabile)
- ❖ Criteriu de evaluare a unui program de prevenție
- ❖ Măsură cantitativă a **mortalității premature**
- ❖ **Reflectă tendințele de mortalitate pentru grupele de vârstă tinere** prin luarea în considerare nu numai a cauzelor medicale de deces ci şi a grupelor de vârstă (vârsta la care survine decesul)
- ❖ Poate fi calculat şi pentru un factor de risc specific cum ar fi consumul de alcool sau de tutun
- ❖ Când acest indicator este analizat în timp şi pentru diferite colectivi-

tăți, se calculează ca o rată la ‰ de locuitori – reflectând impactul decesului prematur asupra întregii populații.

- ❖ Este utilizat pentru a evidenția impactul pe care îl exercită APVP asupra a cinci cauze de deces premature:
  - boli cardiovasculare
  - neoplazii
  - accidente
  - bolile aparatului digestiv
  - bolile aparatului respirator

Conceptul se bazează pe faptul că, pentru unele boli, cunoştinţele sunt atât de avansate, la fel şi tehnologiile, încât ele nu trebuie să conducă la deces. Aceste decese ar putea fi complet evitate **dacă măsurile de prevenție primară şi secundară ar fi aplicate corect şi la timp**. În general se acordă o importanță crescută îngrijirii medicale popriu-zise şi mai puțin aspectului preventiv, pierzând din vedere faptul că, printr-o profilaxie eficientă, s-ar putea reduce substanțial mortalitatea şi s-ar putea adăuga un număr important de ani la speranța de viață.

Studiile ce au ca indicator **speranța de viață fără decese evitabile** să conducă la programe de intervenție de care să beneficieze toată populația şi mai ales acele grupe care au avut neşansa să se nască şi să trăiască în zone cu factori de risc înalți.

Un astfel de studiu a fost efectuat la nivelul țării noastre determinând decesele evitabile şi numărul de ani de viață care ar putea fi câştigați prin prevenirea acestor decese.

Tabloul defavorabil al mortalității pe cauze de deces în România în ultimii 20 ani a fost influențat de:

- factori de natură socio-economică şi culturală
- factori de mediu înconjurători
- factori alimentari
- stil de viață

- situația sistemului sanitar

Astfel s-a constatat creşterea mortalității prin boli infecțioase şi parazitare (fără TBC) mai ales la vârstele tinere, acest lucru reprezentând un semnal de alarmă pentru factorii politici din domeniul sanitar.

Atenție pentru grupa de vârstă 5-10 ani (generații de copii născute între 1985-1992) şi care au ajuns la vârste între 5 şi 10 ani în perioada 1995 - 1997.

De ce?

- imunizare incompletă sau ineficientă pentru diferite boli ale copilăriei (rubeola şi tusea convulsivă);
- deteriorarea fondului biologic;
- vulnerabilitate crescută față de o serie de factori de risc;
- cauze pentru care nu avem o explicație;
- cazuri multiple de SIDA în rândul copiilor şi care sunt incluse în categoria bolilor infecto-parazitare;
- rate crescute de mortalitate prin bolile aparatului digestiv pentru ambele sexe, ceea ce arată o creştere a factorilor de risc legați de o dietă necorespunzătoare, stres, fumat, consum de alcool şi **influența hepatitei** ca factor sigur în generarea cirozei.

Dacă aceste decese nu s-ar fi produs atunci mortalitatea generală ar fi fost de 10,3‰ şi nu de 11,6‰.

Ponderea crescută a deceselor este generată de eşecul în profilaxia secundară şi în aplicarea măsurilor profilactico-curative.

Este vorba de eşecul măsurilor, care trebuiau să vizeze evitarea consecințelor bolii (durată, incapacitate etc.). Controlul evoluției bolii, prevenirea urmărilor şi schimbarea cursului nefavorabil al evoluției bolii la nivelul individului, eşecul acestor măsuri conduce la decese în proporție crescută.

Profilaxia primară se adresează oamenilor sănătoşi în dorința de a rămâne sănătoşi, de a nu face boala şi urmăreşte evitarea apariției bolii prin influențarea factorilor de risc ai populației.

Aprecierea rezultatelor modului în care se asigură profilaxia primară în România, duce la constatarea că ineficacitatea ei a generat la bărbaţi o pondere de 6,5% a deceselor evitabile din totalul deceselor, foarte apropiată de ineficienta prevenţiei secundare de 6,6%.

Pentru sexul feminin, cauzele evitabile de deces prin profilaxie primară reprezintă mai puţin de ½ decât cele ca urmare a profilaxiei secundare.

În România, carenţele în asistenta medicală, componentă principală a profilaxiei secundare, contribuie în mai mare măsură la producerea mortalităţii, decât măsurile generale de profilaxie primară.

Rezultă că în condiţiile actuale ale României, cheltuielile societăţii în direcţia creşterii calităţii asistenţei medicale sunt de cea mai mare actualitate, cu atât mai mult cu cât aceasta se găseşte sub controlul profesioniştilor.

Contrastele în ceea ce priveşte distribuţia spaţială a unor decese evitabile conduc la ipoteze privitoare la carenţe în: asigurarea cu servicii medicale, calitatea acestora, existenţa unor factori de risc comuni care se distribuie similar şi de aici rezultă o serie de proiecte raţionale de prevenţie şi de combatere a mortalităţii pe grupe de boli, pe grupe de vârstă şi zone, şi a morbidităţii. Aceasta nu este o utopie pentru că asemenea strategii s-au dovedit eficiente într-o serie de ţări occidentale.

Cauze de deces evitabile recomandate pentru Europa Centrală şi de Est

A. Indicatori ai asistenţei medicale (prevenţie secundară)

Un tratament şi profilaxie secundară inadecvate atrag după sine o mortalitate crescută la anumite grupe de vârstă.

Se referă la măsuri care trebuie să vizeze evitarea consecinţelor bolii (durată, incapacitate, cursul nefavorabil al evoluţiei bolii).

- TBC şi efectele târzii ale TBC (5-64 ani)
- Cancer de sân (15-54 ani)
- Tumori maligne de col şi corp uterin (15-64 ani)
- Boala Hodgkin (5-64 ani)

- Cardiopatia reumatismală cronică (5-44 ani)
- Toate bolile aparatului respirator (1-14 ani)
- Astm bronşic (5-44 ani)
- Apendicită (5-64 ani)
- Hernie abdominală (5-64 ani)
- Colelitiază şi colecistită (5-64 ani)
- HTA şi AVC(35-64ani)
- Decese materne toate cauzele
- Mortalitate perinatală (nr. decese 0-6 zile + nr. născuți morți/nr. n. vii x 1000)

B. Indicatori de politică sanitară națională (prevenție primară)

Se consideră că o profilaxie primară ineficientă poate duce la mortalitate crescută prin:

- Cancer de trahee, bronhii, plămâni (5-64 ani)
- Ciroză hepatică (15-64 ani)
- Accidente produse de vehicule cu motor (5-64 ani)

Factorii de risc asociați principalelor cauze ale pierderii anilor potențiali de viață

A. Bolile inimii

- Fumatul
- HTA
- hipercolesterolemia
- diabetul
- sedentarismul
- comportamentele

B. Accidente vasculare cerebrale

- HTA

C. Cancerul

- fumatul
- alcoolul
- dieta
- comportamentul sexual
- radiația solara
- radiația ionizanta
- riscurile locului de munca
- contaminanții mediului
- medicamente
- agenți infecțioşi

D. Accidente de circulație

- alcoolul
- viteza
- proiectarea autovehiculului
- drumurile
- medicamente

E. Alte accidente

- alcoolul
- proiectarea de produse
- riscurile domestice
- disponibilitatea armelor de foc

F. Sinucideri/omucideri

- alcoolul
- armele
- droguri greşit folosite

- stresul

G. Ciroza

- alcoolul
- hepatitele

H. Gripa; pneumonia

- starea vaccinala
- rezistenta scăzuta
- fumatul

I. Diabetul

- obezitatea

(Sursa: Dan Enăchescu, M. Gr. Marcu – *Sănătate publică şi management sanitar*, Edit All, Bucureşti, 1997)

DALY – anii de viață ajustați (corectați) după incapacitate.

Acest indicator măsoară **povara globală** a bolii în populație.

DALY arată:

- **anii de viață pierduți prin deces prematur**;
- **anii trăiți în incapacitate**.

Un DALY reprezintă **un an de viață sănătoasă pierdut**. Pentru calculul DALY, adică pentru a *determina povara bolii în populație* se iau în considerație doar două caracteristici, **vârsta** şi **sexul**, care sunt direct legate de sănătate, neținându-se cont de rasă, statut socio-economic sau nivel de educație.

Studii efectuate au arătat că, în calculul DALY, ponderea cea mai mare o reprezintă anii care se pierd datorită mortalității (deceselor) şi o pondere mai mică datorită morbidității (incapacității).

Estimările care se fac, referitoare la **povara bolii** şi factorii de risc determinanți, sunt utile în procesul de luare a deciziei.

Ca predicții pentru anul 2020, la nivel mondial se aşteaptă ca primele cauze majore ale poverii bolii să fie determinate, în ordine descrescătoare de: boala ischemică, depresia unipolară, accidente de trafic, boli cerebro-vasculare, BPOC, infecții ale tractului respirator inferior, TBC, afecțiuni cauzate de războa-

ie, etc., în timp ce bolile care afectează azi copiii vor scădea semnificativ, mai ales datorită campaniilor de vaccinare realizate la nivel mondial.

Spre deosebire de modelul mondial, în România, primele cauze care determină povara bolii sunt:

- bolile aparatului cardiovascular;
- tumori maligne;
- tulburări mintale şi de comportament;
- accidente, traumatisme, otrăviri;
- bolile sistemului nervos central;
- bolile aparatului digestiv;
- bolile aparatului respirator;
- bolile infecţioase;
- malformaţii congenitale, etc.

Raportul OMS privind starea de sănătate în anul 2002 (*World Health Report 2002*) identifică cei mai importanţi factori de risc, în număr de 10, existenţi la nivel global şi regional, în funcţie de povara bolii pe care o determină, evaluată prin DALY şi PYLL.

Aceşti factori sunt responsabili pentru mai mult de ⅓ din totalul deceselor produse la nivel mondial, clasificarea lor variind în funcţie de tipul de regiune (ţări puternic dezvoltate, mediu dezvoltate sau subdezvoltate).

În ordinea importanţei, aceşti factori sunt reprezentaţi de:

- comportamentul sexual cu risc;
- hipertensiunea arterială;
- fumatul;
- consumul excesiv de alcool;
- lipsa apei potabile în regiune;
- lipsa igienei sau a sanitaţiei de bază;
- deficitul de fier;
- poluarea mediului datorită arderii combustibilului solid;

- colesterolul crescut;
- obezitatea.

Corelația dintre factorii de risc şi primele zece afecțiuni din ierarhia anilor pierduți – datorită incapacității şi decesului prematur – DALY, este pusă în evidență prin intermediul fracției atribuibile în populație care arată ponderea cu care participă un factor de risc la apariția unei anumite boli.

De exemplu, pentru **țările puternic dezvoltate**, primii factori de risc sunt fumatul, hipertensiunea arterială, consumul de alcool, colesterolul crescut. – iar în ierarhia DALY, primele cauze sunt: boala coronariană, depresia unipolară, bolile cerebro-vasculare, alcoolismul.

Pentru **țările mediu dezvoltate**, consumul de alcool, hipertensiunea arterială, fumatul, subnutriția, obezitatea sunt cei mai frecvenți factori de risc, iar, ca şi cauze DALY, sunt precizate: tulburările depresive unipolare, bolile cerebro-vasculare, infecții respiratorii, traumatisme datorate accidentelor rutiere.

În **țările subdezvoltate**, ierarhizarea primilor factori de risc este reprezentată de: subnutriție, comportament sexual cu risc (sex neprotejat), lipsa apei potabil şi a igienei, poluarea cu particule solide, iar primele cauze DALY sunt reprezentate de: infecția HIV/SIDA, infecții ale tractului respirator inferior, boala diareică, bolile copilăriei.

Durata medie de viață sănătoasă sau speranța de viață sănătoasă

Speranța de viață se referă la viața trăită fără incapacitate, sub aspect fizic sau psihic, şi fără invaliditate, adică numărul mediu de ani pe care o persoană speră să-i trăiască în condițiile caracteristicilor unui model de mortalitate specifică pe grupe de vârstă.

Este un indicator sintetic de măsurare a stării de sănătate a populației, care este dependent de dezvoltarea socio-economică a unei țări.

Este influențată de mortalitatea infantilă, mortalitatea juvenilă şi a populației adulte de până la 65 de ani, ca efect al cumulului unui complex de factori negativi:

- PIB/cap de locuitor scăzut;
- bugetul alocat sănătății scăzut;
- stil de viață defavorabil;
- stresul;
- presiunea morală;
- insatisfacțiile personale şi profesionale.

Există o corelație între speranța de viață sănătoasă şi speranța totală de viață.

Speranța de viață în România continuă să scadă, în ultimii ani situându-se mult sub valorile prognozate de OMS (75 ani).

Discrepanțele între speranța de viață şi speranța de viață sănătoasă cresc odată cu vârsta, pentru ambele sexe.

În România, speranța de viață sănătoasă sau durata medie de viață sănătoasă, considerată din momentul naşterii, a fost la finele anului 2001 de 58,6 ani pentru bărbați şi 64 ani pentru femei, în timp ce speranța totală de viață la naştere a fost de 67,69 ani la bărbați şi 74,84 ani la femei.

QALY (Quality Adjusted Life-Years)

Este o metodă de măsurare a calității vieții utilă în **evaluarea economică de tip cost-utilitate**. În calculul QALY, accentul se pune pe valoarea pe care o dă o persoană propriei sale sănătăți.

Această modalitate de a măsura calitatea vieții ia în calcul modificările referitoare la rata de supraviețuire şi calitatea vieții pacienților, pentru a evalua beneficiul pe care îl aduce, de exemplu, un tratament.

În evaluarea **cost-utilitate**, costul total al unei intervenții se raportează la numărul de QALY obținuți prin aplicarea acelei intervenții, obținându-se un cost/QALY.

Analiza cost-utilitate este folosită atunci când:

1. Calitatea vieții reprezintă principalul (unicul) rezultat

Apreciază modalitatea în care aplicarea diferitelor programe de sănătate

aduce îmbunătățiri stării de sănătate a unui pacient (fizic, psihic, funcțional, integrare în viața socială).

2. Calitatea vieții este considerată un rezultat important

De ex., în evaluarea unei anumite unități medicale, considerându-se **importantă nu numai supraviețuirea**, ci şi **calitatea acestei supraviețuiri**.

3. Când aplicarea unui program de sănătate are impact asupra mortalității şi morbidității dintr-un teritoriu.

Ex. Administrarea de estrogeni în menopauză îmbunătățeşte calitatea vieții datorită faptului că:

- ameliorează simptomatologia şi prin acest lucru scade disconfortul;
- scade mortalitatea produsă datorită fracturii de şold;
- creşte mortalitatea din cauza complicațiilor care pot apărea: hemoragie uterină, cancer de endometru (*Wenstein*, 1981)

4. Atunci când se compară mai multe programe de sănătate, decidentul în sănătate trebuind să aleagă care este cel mai bun pentru a creşte calitatea vieții şi a putea fi finanțat.

De exemplu:

- programe de sănătate cu caracter preventiv (fluorizarea apei, imunizări);
- extinderea unei unități de terapie intensivă – boli cardiovasculare;
- program de screening pentru depistarea la nivel populațional a cancerului de col uterin;
- program privind planificarea familială şi utilizarea mijloacelor contraceptive.

5. Pentru a compara un anumit program pentru care a fost stabilită deja analiza cost-utilitate

CAPITOLUL 3

MORBIDITATEA

3.1. Morbiditatea – definiție, scop, tipuri de morbiditate

Măsurarea stării de sănătate la nivel populațional se realizează utilizând indicatori pozitivi şi negativi.

Din categoria indicatorilor negativi sau indirecți, fac parte morbiditatea şi mortalitatea.

Definiție. Morbiditatea este reprezentată de fenomenul de masă al îmbolnăvirilor care apar sau evoluează într-o populație definită, într-o anumită perioadă de timp (1 an calendaristic).

Scopul. Studiul morbidității este acela de a cunoaşte frecvența bolii în populație, precum şi tendințele de evoluție ale acesteia.

În literatura de specialitate, există şi termenul de **co-morbiditate** care se referă la „orice combinare a două sau mai multe boli/deficiențe, apărute la acelaşi individ" (după D. Ruwaard). La nivel populațional, studiul morbidității este necesar pentru:

- controlul bolilor în populație;
- analiza factorilor socio-economici în corelație cu starea de sănătate a populației;
- estimarea importanței economice a bolii;
- studiul etiologiei şi a tabloului clinic al bolii;
- pentru comparări la nivel național şi internațional privind propagarea bolii în populație.

Tipuri de morbiditate. În literatura de specialitate sunt descrise patru tipuri de morbiditate: reală, diagnosticabilă, diagnosticată, resimțită.

- Morbiditatea reală - se referă la *toate cazurile* de îmbolnăvire exis-

tente în colectivitate şi este mai mare decât morbiditatea diagnosticată; ea poate fi doar estimată. În morbiditatea reală este inclusă morbiditatea diagnosticabilă, diagnosticată şi cea resimțită.

Tendința este de a cunoaşte cât mai exact ponderea acestui tip de morbiditate (reală).

- Morbiditatea diagnosticabilă – cuprinde cazurile de boală existente în colectivitate, dar tehnicile cunoscute, nu permit stabilirea diagnosticului (ex. SIDA a devenit cunoscută după ce au fost descoperite tehnicile de diagnostic).
- Morbiditatea diagnosticată – se referă la toate cazurile ce pot fi diagnosticate prin diferite tehnici existente în perioada de referință.
- Morbiditatea resimțită – cuprinde cele trei tipuri de morbiditate amintite, adică cea reală, diagnosticabilă şi diagnosticată, fiind reprezentată de îmbolnăvirile pe care le percepe populația.

3.2. Sursa de informații pentru studiul morbidității, este reprezentată de:

- documentația medicală (foi de observație, registru de consultații)
- registru de boală (cancer, BCV, malformații congenitale)
- date obținute prin screening
- date furnizate de diferite tipuri de chestionare
- fişele de declarare a bolilor transmisibile.

Morbiditatea se măsoară cu ajutorul următorilor indicatori:

- rata de incidență
- rata de prevalență
- morbiditatea spitalizată
- morbiditatea individuală
- morbiditatea prin incapacitate de activitate

3.3. Incidența

Incidența reprezintă fenomenul de masă ce măsoară frecvența de apariție a cazurilor noi de boală într-o populație definită şi într-o anumită perioadă de timp (1 an calendaristic).

Rata de incidență include noțiunea de timp (zile, luni, ani).

În cazul incidenței, unitatea de observație este **cazul nou de îmbolnăvire (sau de boală)**, definit ca fiind cazul diagnosticat pentru prima oară de rețeaua sanitară, indiferent de data îmbolnăvirilor sau apariției primelor semne clinice sau de laborator.

Cazul nou de îmbolnăvire se înregistrează şi se codifică de regulă în momentul depistării de către medicul unității unde s-a prezentat bolnavul respectiv. Codificarea se face în scopul uşurării prelucrării statistice şi a interpretării datelor.

Cazul nou de îmbolnăvire poate fi:

- **caz nou clinic** = acel caz la care boala a debutat recent (în acelaşi an în care a fost înregistrată şi raportată);
- **caz nou statistic** = acel caz care a debutat mai demult, în anii anteriori, dar care nu a fost înregistrat şi raportat niciodată.

De exemplu, un copil de 4 (patru) ani, diagnosticat cu malformație congenitală, diagnosticul este pus pentru prima dată pentru cazul respectiv când se prezintă la medic, dar acesta nu este un caz recent, ci a debutat cu ani în urmă, adică este caz nou statistic şi, în consecință, se codifică şi se raportează la incidență.

Se codifică doar cazurile noi de îmbolnăvire, după lista de bază OMS cu 566 cazuri şi 999 boli.

Cazul vechi de îmbolnăvire este acel caz care a fost diagnosticat şi raportat, iar pacientul vine în continuare pentru control şi tratament.

Deoarece incidența înregistrează cazurile noi de îmbolnăvire, ea este specifică studiului morbidității pentru bolile acute.

Incidența se măsoară prin următorii indicatori:

- incidența generală (anuală, globală)
- ponderea (structura) cazurilor noi de îmbolnăvire printr-o anumită cauză
- densitatea incidenței (indicatori descris de Last în 1988)
- incidența cumulativă.

3.3.1. Incidența generală (anuală globală).

Acest indicator ia în calcul numărul cazurilor noi de îmbolnăvire dintr-un an calendaristic. Populația de referință este cea de la mijlocul anului respectiv, adică 1 iulie:

$$\frac{Număr\ cazuri\ noi\ de\ boală}{Populația\ \ la\ 1\ iulie} \times 1000$$

Se calculează la 1000 de locuitori, dar se poate raporta şi la 100.000 de locuitori. Important este să se precizeze populația de referință.

3.3.2. Ponderea (structura) cazurilor noi de îmbolnăvire printr-o anumită cauză.

De exemplu:

$$\begin{matrix} Ponderea(structura) \\ cazurilor\ noi\ de \\ îmbolnăvire\ prin\ BCV \end{matrix} = \frac{Număr\ cazuri\ noi\ de\ îmbolnăvire\ prin\ BCV}{Număr\ cazuri\ noi\ de\ toate\ cauzele} \times 100$$

3.3.3. Incidența specifică poate fi calculată:

- sexe
- medii de reşedință
- grupe de vârstă
- cauze de boală (grupe de boli)

Incidența specifică calculată pe sexe, grupe de vârstă, medii de reşedință se exprimă la 1000 de locuitori. Incidența specifică pe cauze de boală (grupe de

boli) se exprimă la 100.000 de locuitori.

De exemplu:

$$\text{Incidența specifică pe boli (grupe de boli)} = \frac{\text{Număr cazuri noi de îmbolnăvire prin boala "X"}}{\text{Populația la 1 iulie}} \times 100.000$$

Incidența specifică pe grupe mari de boli – *cazuri noi de îmbolnăvire la 100.000 de locuitori în anul 2001* – în **România** a fost următoarea:

Bolile aparatului respirator	34.146,2
Bolile aparatului digestiv	6.845,0
Bolile sistemului nervos şi organelor de simț	4.198,4
Bolile genito-urinare	4.078,4
Bolile sistemului osteo-muscular	3.931,1
Bolile pielii şi țesutului subcutanat	3.814,8
Bolile aparatului circulator	3.376,6
Traumatisme, otrăviri	1.831,8
Tumori	224,1

3.3.4. Evoluția principalelor cauze de morbiditate în România

Principalele cauze de morbiditate în România, judecând după incidența bolilor, au fost şi rămân cu variații mai mult sau mai puțin semnificative, în ordinea descrescătoare a valorilor incidenței, bolile aparatului respirator, aparatului digestiv, bolile infecțioase şi parazitare, traumatismele, otrăvirile şi bolile cardiovasculare.

Se constată în ultimii ani ***scăderea incidenței*** *pentru***:**

- afecțiunile aparatului digestiv
- afecțiunile aparatului respirator
- afecțiunile aparatului cardiovascular (după o creştere până în 1997)
- complicațiile sarcinii, naşterii şi lehuziei
- traumatismelor şi otrăvirilor

- afecțiunile sistemului nervos

*Se **mențin constante** valorile incidenței pentru:*

- boli de piele;
- tulburări mentale;
- tumori (cu menționarea creşterii incidenței cancerului bronho-pulmonar, a cancerului de col uterin şi de sân);

***Creşterea incidenței** pentru:*

- afecțiuni endocrine şi metabolice (în special diabetul zaharat);
- boli infecțioase şi parazitare (cu sublinierea creşterii îngrijorătoare a incidenței sifilisului şi tuberculozei);
- afecțiuni osteo-musculare;
- boli genito-urinare.

Creşterea sau menținerea valorilor incidenței pentru anumite afecțiuni, arată un deficit de implementare la nivel populațional al unor programe de sănătate, programe care să pună accent pe prevenția primară a bolii respective sau o insuficientă cunoaştere sau controlare a factorilor cauzali.

3.3.5. Densitatea incidenței

Acest indicator a fost descris pentru prima dată de către Last în 1988, fiind utilizat pentru a măsura viteza de propagare a bolii în populație.

$$Densitatea\ incidenței = \frac{nr.\ cazuri\ noi\ de\ boală\ din\ perioada\ observată}{nr.\ persoane\ -\ ani\ expunere\ (observare)} \times 10^n$$

Unitatea de măsură este reprezentată de *perioada de timp* în care fiecare persoană din populația studiată este expusă la risc înainte de apariția bolii.

Perioada de expunere poate fi exprimată în luni, ani sau toată viața.

Pentru precizie, perioada de expunere se calculează pentru fiecare individ din lotul studiat, apoi se determină suma anilor de expunere pentru toți subiecții

din lot, pentru că timpul de expunere la factorul de risc studiat diferă de la o persoană la alta. În practică se calculează de la început suma pentru toată populația expusă.

10^n = raportarea se face la 1.000 sau la 100.000 de persoane.

Această modalitate de calcul ia în considerare faptul că nu toate persoanele din populație sunt supuse aceluiaşi timp de expunere, pentru că unele persoane pot migra, altele pot deceda sau nu mai doresc să participe la studiu.

Aplicație (Jenicek)

Se consideră:

- mărimea colectivității 60.000 femei
- grupa de vârstă 35 – 39 ani
- perioada de expunere 3 ani
- cazuri noi de cancer de sân din această perioadă 90

Să se determine densitatea incidenței şi rata de incidență pentru perioada observată.

Algoritm

- Se calculează numărul ani de expunere /persoană
  60.000 x 3 = 180.000 persoane-ani expunere
- $Densitatea\ incidenței = \frac{90}{180.000} \times 1.000$
- $Rata\ incidenței = \frac{90}{60.000} \times 1.000$

3.3.6. Incidența cumulativă

Formula de calcul pentru măsurarea incidenței, cu ajutorul ratei cumulative este următoarea:

$$\begin{matrix} Incidența \\ cumulativă \end{matrix} = \frac{Nr.\ cazuri\ noi\ de\ îmbolnăvire\ din\ perioada\ respectivă}{\begin{matrix} Nr.\ de\ persoane\ fără\ boală\ din \\ populația\ la\ risc\ la\ începutul\ studiului \end{matrix}} \times 1.000$$

Populația la risc = nr. persoane care vor face cu o frecvență mai mare boa-

la.

Incidența cumulativă este similară cu „riscul de deces" fiind reprezentată de riscul persoanelor dintr-o populație dată, de a dezvolta boala în perioada definită, condiția fiind ca persoanele expuse la începutul perioadei să fie sănătoase.

Este o probabilitate, pentru că poate să apară decesul printr-o altă boală decât cea în relație cu expunerea observată. Se exprimă la 1000 de persoane.

Aplicații:

- numărul persoane de sex feminin care nu au boala la începutul perioadei definite 120.000
- perioada de studiu 6 ani
- nr. cazuri noi de infarct de miocard care au apărut în cei 6 ani 200

$$\textit{Incidența cumulativă} = \frac{200}{120.000} \times 1.000$$

Incidența cumulativă este utilă pentru a compara riscul pentru sănătate în populații diferite.

Factorii care influențează nivelul incidenței:

- neglijență în ceea ce priveşte înregistrarea datelor (cazuri incorect înregistrate sau neînregistrate);
- accesibilitatea geografică a populației la serviciile de sănătate care să permită depistarea bolii;
- acceptabilitatea şi adresabilitatea populației, determinată de raportul ce există între atitudinea personalului medical şi bolnavi;
- migrația populației (emigrări şi imigrări);
- apariția de noi factori de risc sau de protecție;
- stilul de viață dăunător sănătății (fumatul, stresul, sedentarismul);
- modificarea clasificării bolilor şi a criteriilor de diagnostic;
- evoluția în timp a bolii;
- modificări referitoare la structura pe grupe de vârstă şi sexe a populației (când ponderea tinerilor într-o comunitate este crescută, atunci

predomină bolile infecto-contagioase);

- eficacitatea programelor de prevenție primară (ex. imunizările);
- eficacitatea programelor naționale;
- tehnici de diagnostic îmbunătățite, prin care să se depisteze mai multe cazuri de îmbolnăvire.

3.4. Prevalența

Prevalența reprezintă frecvența cazurilor de boală existente (cazuri noi şi vechi) dintr-o populație definită la un moment dat - ***prevalența de moment*** - sau într-o anumită perioadă de timp - ***prevalența de perioadă***.

Dacă incidența se referă la *apariția bolii*, prevalența se referă la *prezența bolii* în populație, adică măsoară „povara" bolii în populație.

Prevalența este un indicator specific studiului morbidității prin boli cronice.

În cazul prevalenței, **unitatea de observație** este **cazul nou şi vechi de îmbolnăvire (adică cel existent) şi nu bolnavul.**

Cazul vechi, este cazul de îmbolnăvire diagnosticat de medic şi cunoscut deja în serviciile de sănătate.

3.4.1. Prevalența de moment

Arată situația la un moment dat, adică câte cazuri de boală (noi + vechi) există în populație la un moment dat, indiferent de data debutului bolii .

$$Prevalența\ de\ moment = \frac{Nr.\ cazuri\ noi + vechi\ existente\ la\ un\ moment\ dat}{Nr.\ persoane\ examinate\ (investigate)} \times 100$$

Prevalența se poate raporta şi la 100.000 de persoane investigate (examinate).

Prevalența este un indicator de intensitate sau de frecvență *şi nu de structură*, pentru că arată frecvența cazurilor de boală la 100 de persoane examinate

(investigate).

Prevalența este utilizată în:

- evaluarea nevoilor de îngrijiri de sănătate
- planificarea serviciilor de sănătate
- formularea de programe de sănătate

Prevalența creşte prin:

- imigrarea bolnavilor (vin cazuri noi şi vechi în teritoriu)
- plecarea persoanelor sănătoase
- apariția în teritoriu a noi cazuri de boală
- număr mic de vindecări
- durata mare a bolii
- mortalitate şi letalitate scăzută.

Prevalența scade prin:

- emigrare (pleacă bolnavii din teritoriu rămânând cei sănătoşi)
- mortalitate şi letalitate scăzută
- sosirea persoanelor sănătoase
- puține cazuri noi depistate în teritoriu
- prin deces (în sensul existenței unei populații îmbătrânite).

3.4.2. Prevalența generală şi specifică

Prevalența generală cumulează toate cazurile de îmbolnăvire, iar prevalența specifică poate fi calculată pe sexe, grupe de vârstă, medii de reşedință, grupe de boli.

La numărător se iau în calcul numărul cazurilor existente de îmbolnăvire diagnosticate în timpul investigării, iar numitorul este reprezentat de numărul persoanelor investigate sau examinate.

Raportarea se face la 1.000 sau 100.000 persoane examinate.

$$\underset{boli\ cardio-vasculare}{Prevalența\ specifică} = \frac{Nr.\ cazuri\ noi + vechi\ de\ îmbolnăvire\ prin\ BCV}{Nr.\ persoane\ examinate\ (investigate)} \times 100.000$$

În România, ultima anchetă de evaluare a prevalenței morbidității pentru bolilor cronice ce a avut loc în 1997, dată la care prevalența generală a fost de 109,75 cazuri de boală la 100 persoane examinate.

Există o supramorbiditate feminină, iar pe medii de reşedință, prevalența din mediul rural este mai mare decât cea din mediul urban.

3.4.3. Echilibrul epidemiologic între incidență – prevalență.

Prevalența depinde de două elemente:

- incidența
- durata bolii

Atunci când incidența şi durata bolii sunt relativ stabile în timp, se stabileşte următoarea relație:

Prevalența = Incidența x Durata bolii

$$P = I \times \Delta t$$

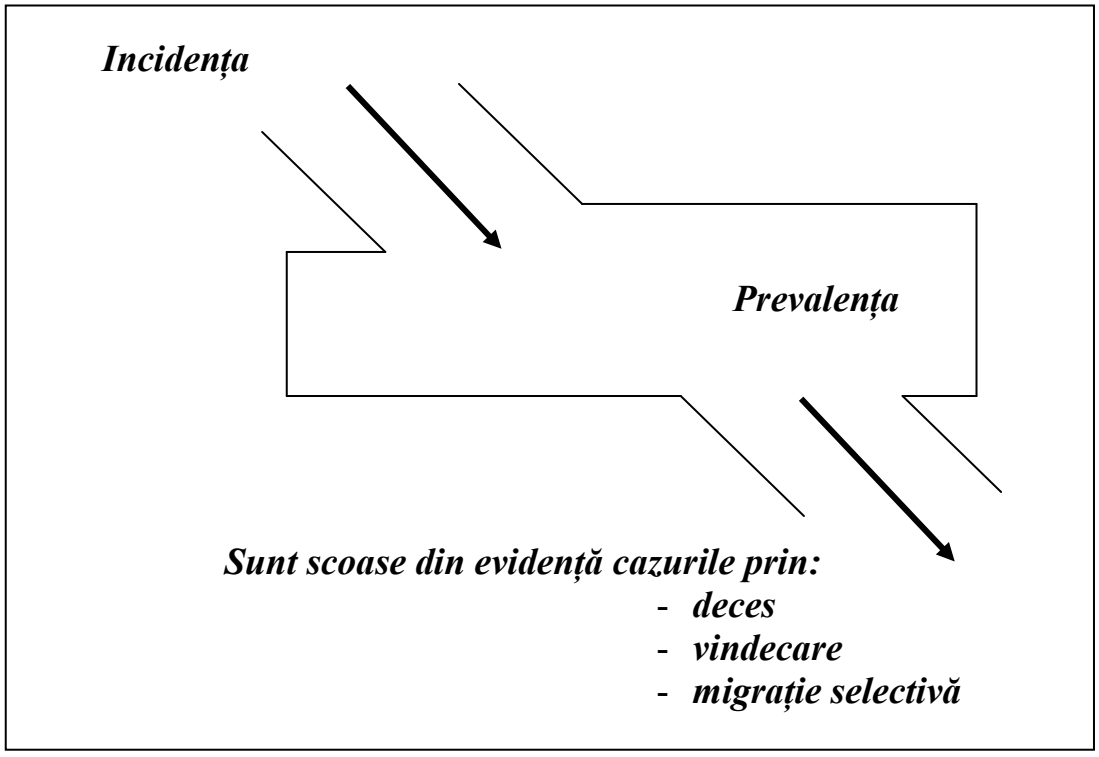
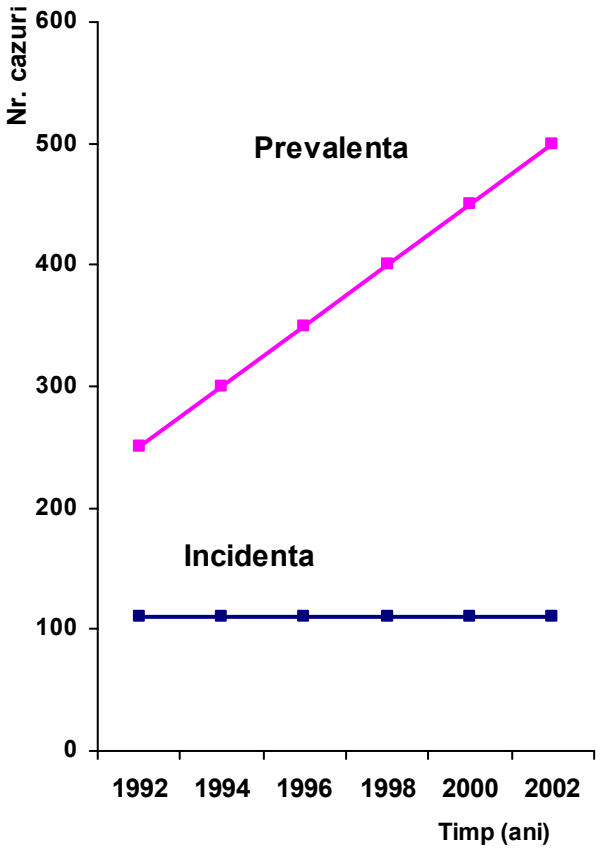


Fig. 3-1 – Relația între incidență şi prevalență

Există un echilibru epidemiologic între incidență şi prevalență.

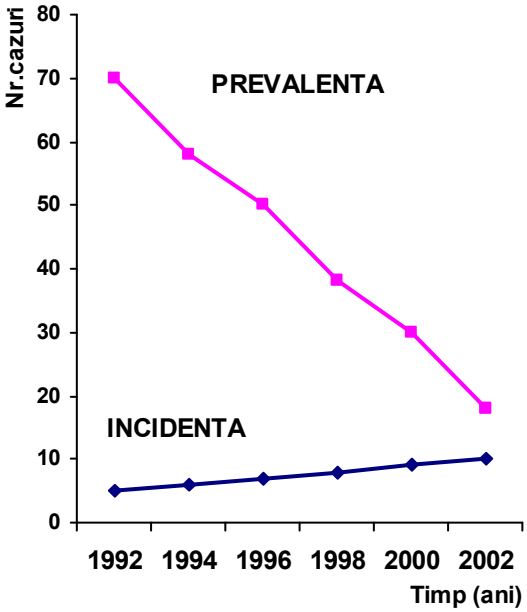


Incidența constantă

Prevalența crescută apare în următoarele situații.

- organism cu rezistență scăzută.
- vindecare scăzută (în bolile cronice, pentru că prevalența creşte, adică apar cazuri noi şi vechi mai multe în teritoriu.
- durata bolii este crescută datorită utilizării de medicamente cu eficacitate scăzută.
- sosirea în teritoriu a cazurilor noi.

Fig. 3-2 - Echilibrul epidemiologic dintre incidență şi prevalență



Incidența crescută

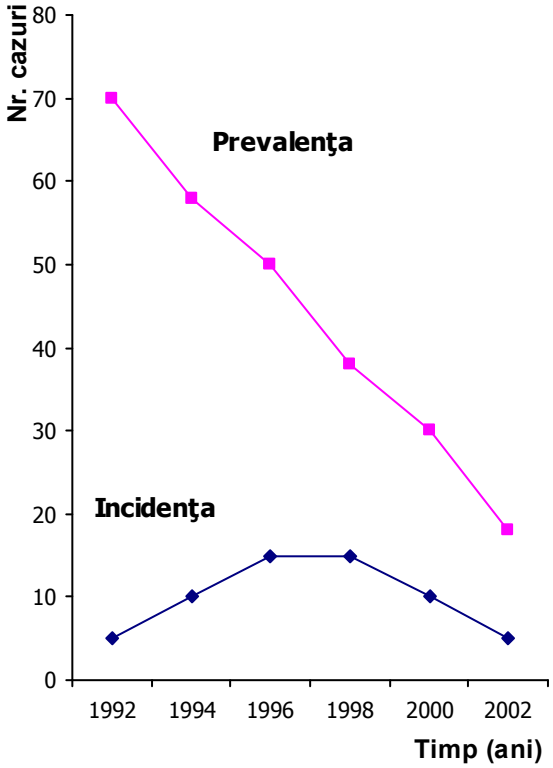
Prevalența scăzută apare în următoarele situații:

- rata de fatalitate este crescută datorită creşterii virulenței bolii. Rata de fatalitate măsoară riscul de deces printr-o anumită boală.

$$\text{Rata de fatalitate}_{BCV} = \frac{\text{Nr. decese BCV}}{\text{Nr. bolnavi cu BCV}} \times 100$$

Fig. 3-3 - Echilibrul epidemiologic dintre incidență şi prevalență

- creşterea selectivă a emigrării cazurilor (pleacă bolnavii cronici din teritoriu şi atunci prevalenţa scade);
- prin aplicarea tratamentelor cu eficacitate crescută, ce duc la vindecare şi la o scurtare a duratei bolii (prevalenţa este scăzută).



Incidenţa este ca un arc de cerc.

Prevalenţa scade.

O astfel de situaţie apare atunci când:

durata bolii este foarte scurtă (pentru a explica aspectul incidenţei, de arc de cerc.

- rata de mortalitate este crescută (sunt decese multe pentru că dispar cazurile vechi).

Fig. 3-4 - Echilibrul epidemiologic dintre incidenţă şi prevalenţă

Prevalenţa este utilizată în:

- evaluarea nevoilor de îngrijiri de sănătate.
- planificarea serviciilor de sănătate
- formularea programelor de sănătate.

3.5. Morbiditatea spitalizată

Este o altă metodă de măsurare a bolii într-o populaţie şi se referă la persoanele internate.

Morbiditatea spitalizată nu este sugestivă pentru morbiditatea din teritoriul arondat spitalului (după J. Berkson) pentru că internările depind de:

- dotarea spitalului

- numărul de paturi
- dorința bolnavului de a se interna
- pregătirea şi comportamentul personalului medical
- în spital se internează şi bolnavii din alte teritorii
- în spital ajung cel mai frecvent, formele grave de boală
- există o frecvență mai mare a internărilor la persoanele de sex feminin.

Utilizarea numai a morbidității spitalizate pentru caracterizarea unei populații conduce la rezultate eronate, cunoscute sub numele de „paralogismul lui Berkson".

3.6. Morbiditatea individuală (pe contingente)

Unitatea de observație este persoana bolnavă care poate prezenta una sau mai multe boli.

Pentru morbiditatea individuală, datele se obțin prin anchete medicale.

Astfel, pentru România, ancheta de prevalență efectuată în 1997 – pe un eşantion reprezentativ, arată că aproape jumătate din populația luată în studiu, are cel puțin o boală cronică, iar starea de sănătate a populației în intervalul dintre două anchete 1989 şi 1997 arată că s-a deteriorat.

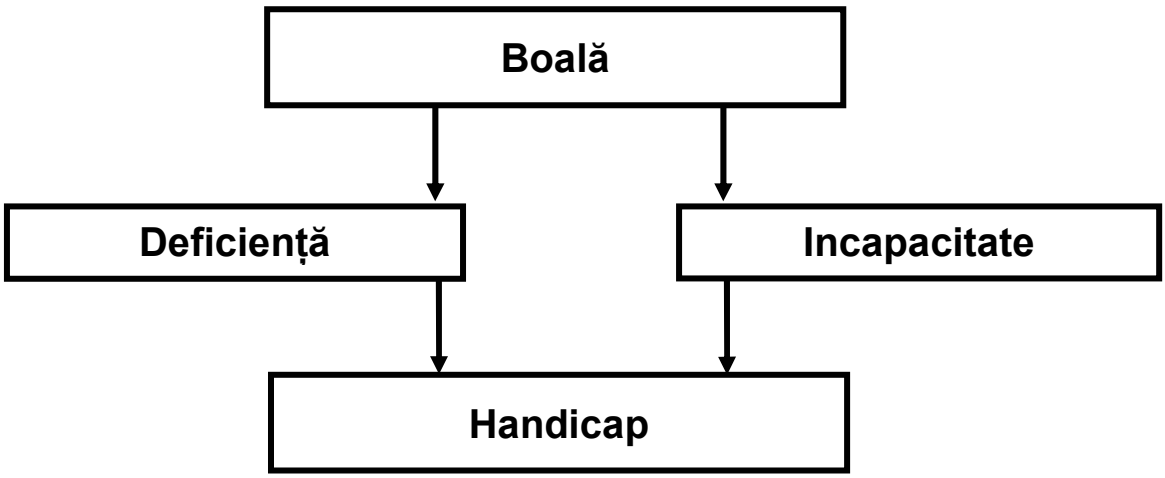


Fig. 3-5 - Relația boală şi consecințele ei

3.7. Consecinţele morbidităţii

Plecând de la starea de boală se poate ajunge la deficienţă, incapacitate sau handicap (fig. 3-5).

Deficienţa cuprinde anomaliile, defectele sau pierderile de organe, membre, ţesuturi, ale altor structuri ale organismului, sau defectele de activitate a sistemului funcţional al organismului inclusiv sistemul mental de funcţionare.

(Conform glosarului de termeni de sănătate publică şi management, autorii Adriana Vasile, Dana Galieta Mincă)

Incapacitatea este restricţia sau lipsa (rezultând dintr-o deficienţă) abilităţii de a îndeplini o activitate în termenii consideraţi normali pentru o fiinţă umană.

Incapacitatea este o deviere de la performanţele individului şi nu numai a unui organ ca în cazul deficienţei, deci ce se aşteaptă ca activitate, comportament din partea persoanei respective.

Incapacitatea poate fi temporară sau permanentă, reversibilă sau ireversibilă, progresivă sau regresivă.

Handicapul se caracterizează prin discordanţa dintre performanţa individului şi a grupului particular al cărui membru este.

Handicapul este un fenomen social, reprezentând consecinţele sociale şi de mediu pentru individul care se află în discriminare, din cauza prezenţei unui incapacităţi sau deficienţe care nu permite să-şi îndeplinească funcţia, pe care a avut-o anterior sau să nu poată promova conform aspiraţiilor sale.

Conform Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii consecinţele bolii sunt definite astfel:

Deficienţa: *„este devierea de la normalitate prin orice pierdere sau anormalitate a structurii sau funcţiei anatomice, fiziologice şi psihologice”*

Incapacitatea: *„este orice restricţie sau lipsa posibilităţii de a desfăşura o activitate într-o manieră considerată ca fiind normală pentru un individ. Incapacitatea reprezintă o deviere de la normele performanţei obişnuite a individu-*

lui, caracterizată prin deficienţe ale comportamentului sau activităţilor consi-derate ca fiind socialmente corespunzătoare"

Handicap: *„este o inegalitate socio-profesională a unei persoane, care limitează îndeplinirea rolului acestuia în societate (în funcţie de vârstă, sex, categorie socio-profesională, nivel de educaţie".*

CAPITOLUL 4

STUDII EPIDEMIOLOGICE

4.1. Noțiuni de bază utilizate în epidemiologie

Epidemiologia este ştiința care se ocupă de distribuția sănătății şi a bolii, a factorilor de risc şi a celor de protecție în populații umane, de dovedirea asociațiilor dintre aceste două categorii de evenimente, pentru fundamentarea unor strategii de prevenire şi combatere.

Epidemie

Apariția unui număr de evenimente cu o frecvență superioară frecvenței aşteptate într-un anumit interval de timp şi un anumit teritoriu.

Asociația epidemiologică

Relația dintre două categorii diferite de evenimente în care o categorie este reprezentată de **factorii de risc**, iar cealaltă, reprezentată de **boală**.

Factorul de risc care poate fi descris şi dovedit că se asociază unei frecvențe crescute a bolii.

Factorul de protecție – orice factor care, prin prezența sa, determină o stare de sănătate mai bună a populației.

Populația la risc este populația expusă acțiunii factorilor de risc, adică acea populație susceptibilă de a face boala.

În urma investigațiilor epidemiologice se trece de la particular la general, adică se fac inferențe (generalizări) de tip cauzal.

Pentru ca inferența să fie valabilă, trebuie să se respecte anumite modalități de culegere a informațiilor şi de alegere a subiecților.

4.2. Studii epidemiologice. Clasificare.

Tabel 4-1 Tipuri de studii epidemiologice

Tipul de studiu	Unitatea de observație
A. Studii observaționale	
1. studii descriptive	
2. studii analitice	
a) de cohortă („Follow-up")	Individul
b) cazuri-control („case-control")	Individul
c) de prevalență („cross-sectional")	Individul
d) studii ecologice (de corelație)	Grupuri umane
B. Studii experimentale şi operaționale	
1. Experimentul clinic controlat	Pacienți
2. Studii operaționale (de intervenție)	
a) în teren („field trials")	Grupuri umane sănătoase
b) în comunitate (comunitare)	Comunitatea

Sursa: *R. Beaglehole*, 1993; Bazele epidemiologiei

În studiile descriptive, se pleacă de la ipoteza privind asocierea dintre factorul de risc şi efect, acesta fiind reprezentat de boală sau deces.

În studiile analitice, prin măsurarea riscului de îmbolnăvire, se dovedeşte asociația dintre FR – boală, FR – deces.

În studiile experimentale, investigatorul intervine personal, administrând un factor (de ex. vaccin) lotului test şi altul sau nici unul lotului martor.

Cele mai frecvente studii experimentale utilizate în sănătatea publică sunt cele de teren şi comunitare.

Studiile de teren se adresează unor persoane sănătoase dar la risc, având un caracter preventiv, informațiile fiind culese din teren şi nu din unitățile sanitare.

Studiile comunitare folosesc drept unitate de intervenție **colectivități umane** care pot fi oraşe, şcoli, etc. considerate în întregul lor, şi nu indivizii.

Din experimentele la nivel comunitar fac parte studiile de evaluare a unor programe vizând modificări în stilul de viață, în comportamentele oamenilor, precum şi cele care se referă la sănătatea mediului sau cea ocupațională.

4.3. Studii epidemiologice

Studiile epidemiologice descriptive răspund la următoarele întrebări:

- la cine?
- când?
- unde?

apare mai frecvent boala în populație?

Studiile descriptive urmăresc modul de distribuție a bolii sau a deceselor la nivel populațional, precum şi a factorilor de risc sau a factorilor de protecție în funcție de o serie de caracteristici, de persoană, de timp (temporale), de spațiu (geografice).

Aceste studii permit elaborarea de ipoteze epidemiologice, dar care nu pot fi verificate. Studiile descriptive permit:

- identificarea problemelor de sănătate;
- ierarhizarea problemelor de sănătate în funcție de FR (factorii de risc) existenți;
- stabilirea frecvenței bolii în populație;

- stabilirea gravității bolii la nivel populațional;
- impactul social al bolii în populație;

Studiile descriptive folosesc:

- datele din sistemul informațional sanitar existent:
  - foi de observație;
  - certificate de deces;
  - fişe de declarare pentru boli transmisibile;
  - registre de evidență specială a bolilor cronice;
- datele din sistemul socio-geografic:
  - anchete medicale;
  - anchete pe bază de interviu;
  - chestionare;

Studiile epidemiologice descriptive sunt ieftine, având largă utilizare în sănătatea publică. Aceste studii pun în evidență existența, într-o populație, a unor boli şi a unor factori de risc, în acest fel ducând la elaborarea de ipoteze epidemiologice, dar nu permit cunoaşterea existenței la aceeaşi persoană atât a factorului de risc cât şi a efectului, care poate fi boală sau deces.

Studiile descriptive sunt utilizate la:

- evaluarea şi monitorizarea stării de sănătate a unei populații;
- formularea de ipoteze epidemiologice;
- elaborarea de programe de scădere a mortalității şi morbidității în teritoriu;
- elaborarea de programe de promovare a sănătății;
- descrierea istoriei naturale a bolilor;
- planificarea resurselor materiale şi umane, ținând cont de problemele de sănătate existente în acea populație.

4.3.1. Caracteristicile personale

Descrierea distribuției bolilor şi a factorilor de risc se realizează în funcție

de caracteristicile personale ale populației țintă.

Cele mai importante caracteristici personale sunt: vârsta, sexul, rasa, grupul etnic, mediul de reşedință (urban/rural), starea civilă, profesia, stilul de viață, religia, variabile comportamentale (fumat, nutriție, stres, violență, consumul de droguri, alcool, satisfacția anilor trăiți), categoria socială.

1. **Vârsta** este o caracteristică importantă, pentru că aceasta produce schimbări în ceea ce priveşte rezistența organismului, producându-se modificări metabolice şi fenomene de uzură odată cu înaintarea în vârstă.

De asemenea, cauzele de morbiditate şi cele de deces variază în funcție de grupa de vârstă.

2. **Sexul**

Variabila „sex" exercită o influență crescută asupra mortalității şi morbidității dintr-un teritoriu. În acest sens, este important să cunoaştem ce boli au o frecvență crescută la femei față de bărbați şi care este distribuția pe sexe şi pe grupe de vârstă a aceleiaşi boli.

Variabila „sex" permite calcularea indicilor de frecvență sau de structură, punând în evidență supramortalitatea masculină şi supramorbiditatea feminină.

3. **Rasa**

Variabila „rasă" influențează modelul de mortalitate şi de morbiditate, ținând cont, însă, şi de stilul de viață, nivelul de educație şi de accesibilitatea la serviciile de sănătate.

4. **Status matrimonial**

Relația între sănătate, boală şi statusul matrimonial este explicată astfel:

- persoanele celibatare duc o viață dezordonată;
- subiecții care sunt bolnavi nu se căsătoresc;
- sănătatea familiei este un indicator utilizat în măsurarea stării de sănătate a unei populații.

5. **Caracteristici sociale personale**

Locul naşterii, obiceiurile, categoria socială propriu-zisă: ocupația, starea civilă, nivelul de instruire influențează modelul de mortalitate şi de morbiditate.

4.3.2. Caracteristicile spațiale (geografice sau de loc)

Se referă la distribuția spațială (geografică) a bolilor şi a factorilor de risc. În acest sens, pot fi identificate zone geografice cu mortalitate sau morbiditate crescută, distribuția bolilor fiind făcută în funcție de frontierele naturale sau de cele administrative.

Frontierele naturale sunt reprezentate de munți, mări, râuri. Frontierele administrative nu reprezintă bariere în calea transmiterii unor epidemii. Frontierele naționale reprezintă bariere pentru bolile transmisibile a căror declarare este obligatorie.

4.3.3. Caracteristici temporale

Sunt caracteristici care țin de variabila timp. În funcție de această variabilă se descriu trei tipuri de distribuție a morbidității:

1) Trendul (variații multianuale, seculare) arată care este evoluția în timp a unor boli. Permit posibilitatea elaborării de predicții referitoare la evoluția în timp a morbidității sau a deceselor.
2) Variații ciclice, periodice sau sezoniere. Sunt mai frecvente în cazul bolilor infecțioase. De ex. ulcerul şi diabetul au o frecvență crescută iarna.; infecțiile digestive sunt mai frecvente vara.
3) Evoluții neașteptate sau cu caracter instantaneu. Au loc în intervale scurte de timp şi indică apariția sau modificarea factorului de risc. Sunt specifice bolilor infecțioase, fiind considerate „elemente de alarmă”.

4.4. Studii epidemiologice analitice

Studiile epidemiologice analitice măsoară forța de asociație epidemiologică dintre un factor de risc şi boală şi, de aici, verificarea unor ipoteze epidemiologice.

Ele sunt studii observaționale şi au un caracter longitudinal. Răspund la

întrebările „cum?" şi „de ce?" se produce boala în populație.

Studiile epidemiologice analitice verifică, la nivelul indivizilor, existența sau inexistența factorilor de risc (sau de protecție) şi a bolii.

Studiile analitice au un caracter observațional. Sunt de mai multe tipuri. Cea mai utilă este clasificarea, care se face în funcție de modul de selecție a subiecților:

- în funcție de expunere: studii de cohortă;
- în funcție de rezultat: studii caz-control.

4.4.1. Studiile de cohortă (generații)

Studiile de cohortă mai poartă denumirea de **studii de incidență** (pentru că se aşteaptă apariția şi acțiunea factorului de risc şi, de aici, apariția bolii), **studii de aşteptare** (se aşteaptă să acționeze factorul de risc) sau **studii de urmărire** (follow-up – se urmăreşte să apară boala).

Cohorta este reprezentată de totalitatea persoanelor care, în decursul unui interval de timp, au trăit acelaşi eveniment demografic (naştere, deces). Ele răspund la următoarele întrebări:

- „de ce" s-a produs boala în populație?
- „cum" s-a produs boala în populație?

În studiile de cohortă, direcția de acțiune este de la FR (factorul de risc) → efect (boală, deces).

În studiile de cohortă nu există boală în populație, se aşteaptă să apară FR şi să acționeze şi, în felul acesta, să se producă efectul (boala).

După momentul acțiunii FR, studiile de cohortă sunt de două tipuri:

1. **Studiu de cohortă de tip 1**

În studiile de cohortă de tip 1 se ia în studiu un eşantion de subiecţi sănătoşi – care nu sunt expuşi la factorul de risc şi care au fost aleşi aleatoriu din populaţia de referinţă – şi se aşteaptă să acţioneze asupra lor factorul de risc (fig.4-1). Direcţia de desfăşurare în astfel de studii este din prezent în viitor, de la expunerea la factorul de risc urmărit, la rezultatul obţinut (boală sau deces).

În studiile de cohortă tip 1, cercetătorul intervine o singură dată – atunci când extrage din populaţia de referinţă eşantionul reprezentativ (care are o eroare standard mică şi un număr suficient de mare de subiecţi). Se aşteaptă să acţioneze FR şi eşantionul se autoîmparte, în timp, în expuşi şi non-expuşi la factorul de risc (lotul test şi lotul martor).

Pentru a demonstra că factorul implicat în apariţia bolii sau producerea decesului este factor de risc, trebuie să găsim frecvenţa bolnavilor din lotul test mai mare decât frecvenţa bolnavilor din lotul martor.

Lotul test sau lotul de studiu este format din persoane expuse factorului de risc.

Lotul martor (de control, de comparat) este format din persoane care nu sunt expuse factorului de risc.

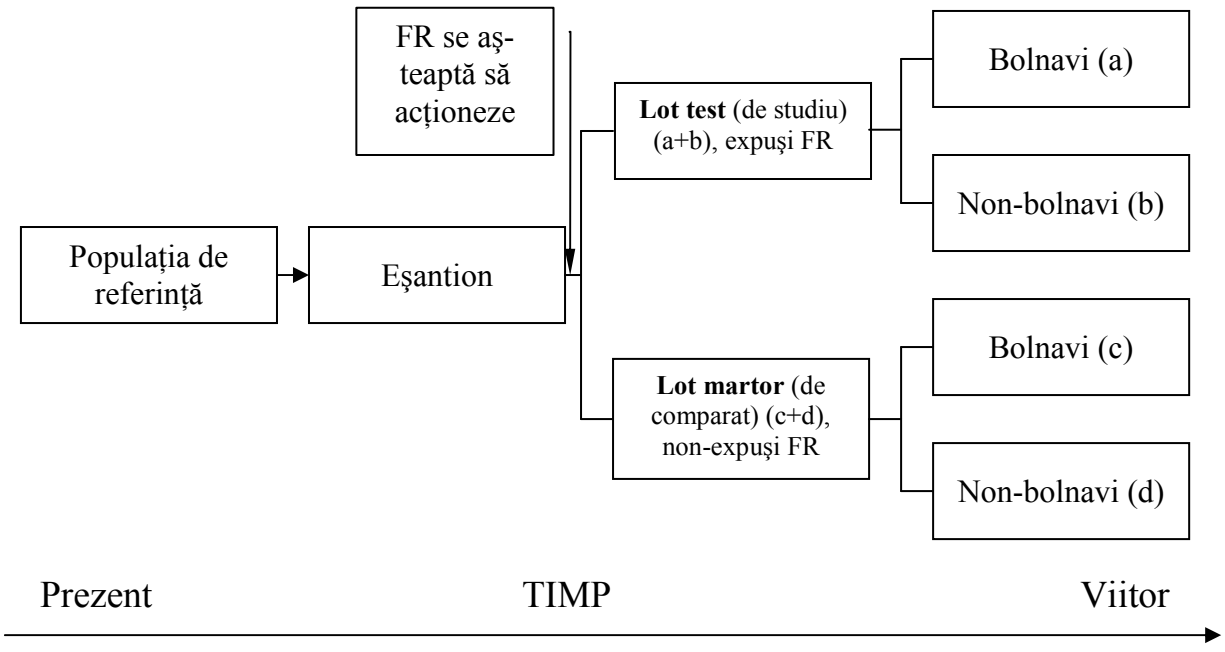


Fig. 4-1 Studiu epidemiologic de cohortă de tip 1

Cele două loturi autoconstituite, fără intervenția cercetătorului, vor fi urmărite până la apariția efectului, adică a bolii sau a decesului, şi se va compara frecvența bolnavilor din lotul test cu a celor din lotul martor.

În astfel de studii, toate loturile sunt aleatorii, singura eroare putând fi cea de selectare a eşantionului.

Studiile de cohortă de tip 1 se utilizează atunci când factorul de risc este relativ frecvent la nivel populațional.

2. **Studiile de cohortă de tip 2**

În astfel de studiu, cercetătorul selectează de la început cele două loturi, adică (fig. 4-2):

- **lotul test**, format din subiecți asupra cărora acționează factorul de risc şi
- **lotul martor** (de comparat), format din subiecți asupra cărora nu acționează factorul de risc.

În continuare se urmăresc ambele loturi şi se aşteaptă ca frecvența bolnavilor din lotul test să o găsim mai mare decât a celor din lotul martor, pentru a demonstra că factorul urmărit este, într-adevăr, factor de risc.

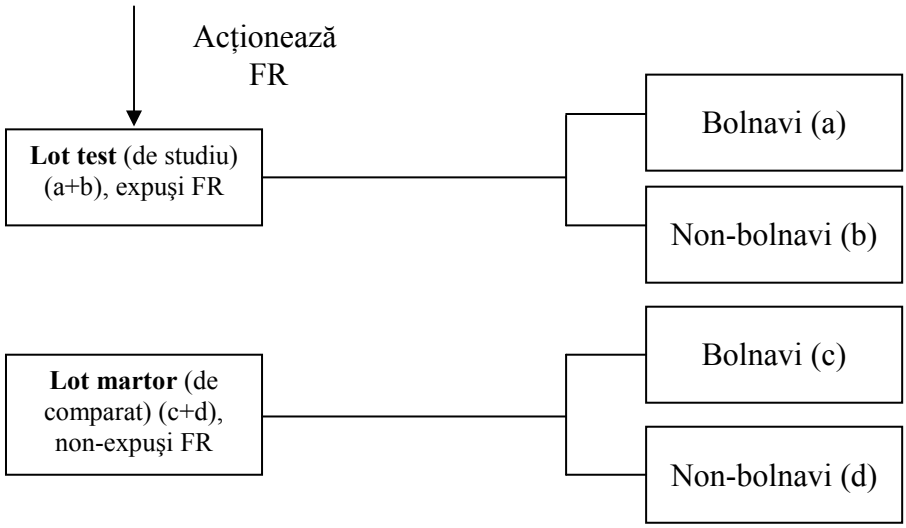


Fig. 4-2 Studiu epidemiologic de cohortă de tip 2

În studiile de cohortă, LM (lotul martor) trebuie să fie mai mare sau cel puțin egal cu LT (lotul test). Dacă LM este mai mic decât LT, am lucrat degeaba pentru că puterea testelor statistice este mai mică.

Etapele de măsurare a riscului în studiile de cohortă tipul 1 şi 2 sunt următoarele:

1. Datele rezultate din studiu se introduc într-un tabel de contingență „2 X 2", având 2 rânduri şi 2 coloane.
2. Se aplică testul de semnificație statistică χ^2 (chi pătrat);
3. Se calculează:
   a. RR = riscul relativ
   b. RA = riscul atribuibil,

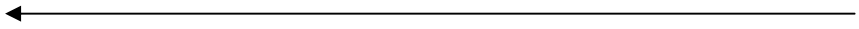
plecând de la R_1 = riscul bolii la expuşi; R_0 = riscul bolii la non-expuşi.

4. Inferența epidemiologică (generalizarea) datelor prin calcularea intervalului de încredere (IC). IC este intervalul care stabileşte media sau frecvența pentru întreg fenomenul în funcție de tipul de caracteristică utilizată (cantitativă sau calitativă)
5. Interpretarea rezultatelor (utilizând tabele, grafice, histograme, etc.)

Etapele 1 şi 5 aparțin medicului; 2, 3, 4 aparțin matematicianului.

1. *Introducerea datelor în tabelul de contingență „2 x 2"(tabel 4-2)*

Direcția de studiu



Tabel 4-2 Tabel de contingență 2x2

		Efectul (boala)		**Total**
		+	-	
Factor de risc	+	a	b	a+b
	-	c	d	c+d
Total		a+c	b+d	N = a+b+c+d

în care: a = persoanele expuse FR şi care fac boala;

b = persoanele expuse FR şi care nu fac boala;

c = persoanele nonexpuse FR şi care fac boala;

d = persoanele nonexpuse FR şi care nu fac boala.

a + b = totalul persoanelor expuse FR, bolnavi şi non-bolnavi;

c + d = totalul persoanelor nonexpuse FR, bolnavi şi non-bolnavi;

a + c = totalul bolnavilor expuşi sau non-expuşi FR;

b + d = totalul nonbolnavilor expuşi sau non-expuşi la FR.

N = a + b + c + d = numărul total de cazuri, bolnavi şi non-bolnavi, expuşi şi non-expuşi la FR.

În studiile de cohortă, în tabelul de contingență „2 x 2" se intră pe orizontală. Ținând cont de acest lucru,

$R_1 = \frac{a}{a+b}$ – riscul bolii la expuşi;

$R_0 = \frac{c}{c+d}$ – riscul bolii la non-expuşi

$RR = \frac{R_1}{R_0} = \frac{\frac{a}{a+b}}{\frac{c}{c+d}}$ – Riscul relativ **RR** arată **de câte ori** boala este mai frecventă în lotul test față de lotul martor.

$RA = R_1 - R_0$ – Riscul atribuibil (**RA**), arată cu cât este mai mare riscul bolii la expuşi față de non-expuşi.

În studiile de cohortă, ne interesează dacă proporția bolnavilor din lotul test este mai mare, egală, sau mai mică decât cea a bolnavilor din lotul martor.

RR se interpretează în funcție de 1.

RA se interpretează în funcție de 0 (Tabel 4-3).

Tabel 4-3 Interpretarea riscurilor

Riscul relativ	Riscul atribuibil	Concluzia
RR > 1	RA > 0	Factor de risc
RR = 1	RA = 0	Factor indiferent
RR < 1	RA < 0	Factor de protecție

Ghid de interpretare a RR în termeni de asociații (este mai puțin precis):

RR = 0,0-0,3 – factor de protecție puternic

= 0,4-0,5 – factor de protecție moderat

= 0,6-0,9 – factor de protecție redus

= 0,9-1,1 – factor indiferent

= 1,2-1,6 – risc redus

= 1,7-2,5 – risc moderat

= > 2,5 – risc foarte mare

2. *Aplicarea testului de semnificație* χ^2

Dacă $\chi^2_{\text{calculat}} > \chi^2_{\text{tabelar}}$, atunci diferența dintre cele două distribuții este semnificativă din punct de vedere statistic. χ^2_{calculat} se poate calcula în două moduri:

$$\chi^2_{calculat} = \frac{N(ad-bc)^2}{(a+b)(c+d)(a+c)(b+d)}$$

sau

$$\chi^2_{calculat} = \frac{N\left[(ad-bc)-\frac{N}{2}\right]^2}{(a+b)(c+d)(a+c)(b+d)}$$

În tabelul de contingență „2 x 2”, pentru calculul gradelor de libertate (GL) se foloseşte formula GL = (nr. rânduri - 1)(nr. coloane -1) = (2-1)(2-1) = 1.

Pentru p = 0,05, $\chi^2_{\text{tabelar}} = 3,841$.

Pentru p = 0,10, $\chi^2_{\text{tabelar}} = 2,71$.

Pentru p = 0,001, $\chi^2_{\text{tabelar}} = 6,64$.

4. *Interpretarea rezultatelor pe baza IC (intervalului de încredere)*

Atunci când IC (intervalul de încredere) cuprinde valoarea „1" pentru RR şi valoarea „0" pentru riscul atribuibil, nu este diferență semnificativă statistic (p = 0,05).

În acest caz, ipoteza elaborată în studiul descriptiv, de asociere între factorul de risc presupus şi boală este infirmată.

★ ***Criterii de alegere pentru studiile de cohortă***

1. Atunci când boala este frecventă în populație *se preferă studiile de cohortă*;
2. Avantajele şi dezavantajele fiecărui tip de studiu reprezintă un alt criteriu de alegere;
3. Atunci când intervalul de timp între acțiunea FR şi apariția efectului este scurt, *se preferă studiile de cohortă*.
4. Atunci când FR este rar în populație, *se preferă studiile de cohortă tip 2*, pentru a avea suficienți expuşi.

4.5. Studiile epidemiologice caz-control

Atunci când boala are o frecvență mică în populație, nu se poate realiza un studiu de cohortă pentru că, la sfârşitul studiului, numărul de bolnavi din cele 2 loturi fiind mic, nu se pot prelucra şi interpreta rezultatele obținute.

În studiile caz-control, direcția de acțiune este de la: efect (boală, deces) → FR.

În studiile caz-control se estimează FR care a dus la deces sau la boală.

Datele se obțin prin anamneză sau din foile de observație şi certificatele de deces.

În studiile caz-control, cercetătorul alege, de la început, cele două loturi (fig.4-3).

Lotul test (de studiu) format din bolnavi.

Lotul martor (de comparat sau de control) format din non-bolnavi pentru boala urmărită.

Subiecţii din lotul martor sunt formaţi din bolnavi care să aibă o altă boală comparativ cu cei din lotul test (LT), iar boala lor să nu fie asociată cu FR (factorul de risc) pe care dorim să-l studiem.

Lotul martor este bine constituit, ales aleator prin metoda perechilor.

Selectarea subiecţilor din LM se face prin **metoda perechilor**, adică pentru fiecare persoană bolnavă de boala X din LT, se caută un non-bolnav de această boală, „o pereche", foarte asemănător din punctul de vedere al caracteristicilor personale, care ar putea influenţa rezultatele studiului (sex, vârstă, mediu de reşedinţă, profesie) şi care diferă doar prin faptul că nu au boala pe care noi o urmărim, din lotul martor.

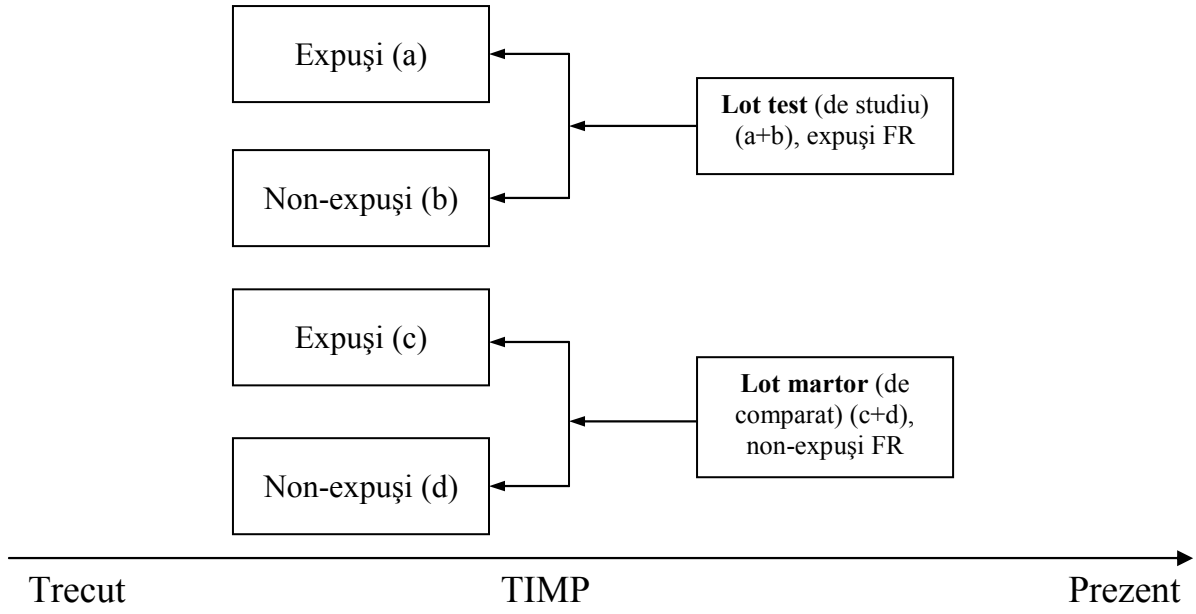


Fig. 4-3 Studiu epidemiologic caz-control (schemă)

Lotul martor trebuie să fie de două, trei ori mai mare decât lotul test, pentru că unei persoane din lotul test trebuie să-i corespundă o persoană din lotul martor. Atunci când aplicăm testul χ^2 (chi pătrat), acesta trebuie să arate că nu există diferenţă semnificativă între cele două loturi.

Dacă există diferenţă semnificativă statistic, trebuie să alegem alt lot martor.

Cele două loturi, LT şi LM se aleg de către cercetător.

Datele obținute în urma efectuării unui studiu caz-control se introduc într-un tabel de contingență „2 x 2” (Tabel 4-4).

Tabel 4-4 Tabel de contingență 2x2

		Efectul (boala)		**Total**
		+	-	
Factor de risc	+	a	b	a+b
	-	c	d	c+d
Total		a+c	b+d	N = a+b+c+d

Citirea datelor în studiile caz-control se face pe verticală, adică pe coloane, pentru că se pleacă de la efect şi se caută, retrospectiv, FR sau FP (factorul de protecție).

a + c = lotul test (cazurile, lotul de studiu);

b + d = lotul martor (de comparat, de control)

Se caută „a” şi „b”, adică frecvența (proporția) expunerii în rândul bolnavilor şi a non-bolnavilor, adică:

$P_1 = \frac{a}{a+c}$ – proporția expunerii la risc în rândul bolnavilor;

$P_0 = \frac{b}{b+d}$ – proporția expunerii la risc în rândul non-bolnavilor.

$\hat{RR}$ = riscul relativ estimat; are inconvenientul că nu poate măsura direct incidența (cazurile noi la bolnavi şi la non-bolnavi), atât timp cât loturile sunt alcătuite din bolnavi şi nu din persoane la care se aşteaptă apariția bolii (cazuri noi).

Forța asociației epidemiologice se măsoară prin $\hat{RR}$ (risc relativ estimat) – ODDS RATIO, raportul cotelor.

$$\hat{RR} = \text{OR} = \frac{probabilitatea\ expunerii\ la\ cazuri}{probabilitatea\ expunerii\ la\ martori}$$

Când boala este foarte rară, se poate demonstra că a/(a+b) şi c/(c+d) sunt valori foarte mici şi riscul relativ este estimat prin OR:

$$OR = \frac{\frac{a}{a+c}}{\frac{b}{b+d}} = \frac{ad}{bc}$$

$$RA\% = \frac{OR-1}{OR} \times 100$$

Când $\hat{RR} = 1$, nu există o asociație epidemiologică între FR şi boală.

$\hat{RR} < 1$, expunerea este cu rol de protecție

$\hat{RR} > 1$, riscul de boală creşte odată cu creşterea expunerii la factorul respectiv.

4.6. Studii de cohortă şi case-control – avantaje şi dezavantaje

Tabel 4-5 Studii de cohortă şi case-control – avantaje şi dezavantaje

	Cohortă	**Caz-control**
Avantaje	– se poate urmări direct modul în care acționează factorii de risc pe tot parcursul studiului şi efectul lor asupra sănătății; – permit evaluarea directă a riscului relativ şi atribuibil; – există mai puține riscuri de concluzii false sau inexacte (inexactitățile datorate erorilor sistematice - denumite în mod curent cu termenul francez "biais" - şi nesistematice sunt mai frecvente în studiile retrospective);	– durata mică a studiului – număr mic de subiecți necesari pentru studiu; – cost scăzut; – aplicabil la boli rare; – facilitatea efectuării studiului, – permite analiza a mai mulți factori; – permite repetarea studiului;

	– expuşii şi non-expuşii la factorul x sunt selectați înainte de a se cunoaşte efectul M, deci măsura riscului nu este influențată de către prezența bolii.	
Dezavantaje	– durata mare - uneori durează mai mulți ani; – necesită un mare număr de subiecți, dificil de urmărit timp îndelungat; – pot apare modificări în timp ale dimensiunii si structurii loturilor (prin plecarea persoanelor din localitate sau din zona de studiu, prin deces, prin refuzul de a mai colabora la anchetă; aceste evenimente nefiind egale în cele două loturi, la sfârşitul perioadei de studiu - mai ales dacă aceasta este lungă - cele două loturi vor fi atât de diferite structural şi numeric încât nu se vor mai putea obține nici un fel de rezultate). – costul anchetelor prospective este de obicei foarte ridicat. – modificări în timp ale criteriilor de diagnostic şi definiția bolilor. – dificil de repetat.	– non-răspunsul care poate ține de dorința persoanelor anchetate de a colabora sau nu, de cunoaşterea problemei cercetate şi de memorie; – documentele medicale consultate pot fi adeseori incomplete, – dificultatea de a constitui un lot martor acceptabil, – ancheta se adresează de cele mai multe ori persoanelor în viață ori tocmai decedații de boala M pe care o studiem au avut probabil forme mai grave ale bolii şi, probabil, o expunere mai intensă sau mai prelungită la factorul de risc, – nu permit măsurarea directă, ci doar estimarea prin metode matematice a riscului bolii sau riscului relativ si numai în anumite condiții, – erorile sistematice („biais”) şi nesistematice (aleatorii) pot apare mai frecvent decât în studiile prospective (cohortă).

CAPITOLUL 5

STATISTICA DEMOGRAFICĂ

5.1 Definiție. Importanța cunoașterii noțiunilor de demografie pentru medic

Demografia - provine de la grecescul „**demos**" – **popor** şi **„graphos**" - **a descrie**, fiind ştiința care studiază populația din două puncte de vedere:

1. Statica (starea) populației

Studiază populația ținând cont de:

- volumul populației (numărul de locuitori);
- dispersia (distribuția) populației;
- structura populației după diferite caracteristici demografice (grupa de vârstă, stare civilă, etc.);
- caracteristici socio-economice (nivel de instruire, etc.).

2. Dinamica (mişcarea) populației

Studiază:

- mişcarea naturală a populației;
- mişcarea migratorie a populației;

Importanța cunoașterii noțiunilor de demografie pentru medic

- Medicul este cel care înregistrează principalele evenimente demografice ce au loc într-o populație şi eliberează certificatul medical constatator al născutului viu, al decesului, al născutului mort.
- În sistemul de asigurări de sănătate existent în România, medicul de familie este plătit **per capita**, unul din criteriile de acordare a punctelor fiind

reprezentat de numărul şi grupa de vârstă a persoanelor înscrise pe lista sa. De aceea are importanță cunoaşterea caracteristicilor demografice ale populației deservite (caracteristici de persoană, stil de viață, etc.).

De exemplu, structura populației pe grupe de vârstă şi sexe are influență asupra morbidității din teritoriu.

Amplasarea unităților medico-sanitare dintr-o zonă se face în funcție de densitatea populației, astfel încât să existe o distanță cât mai mică între aceste unități, mărind în felul acesta accesibilitatea populației la serviciile de sănătate.

- Unul din obiectivele sănătății publice este acela de măsurare şi evaluare a stării de sănătate a populației.
- Diagnosticul stării de sănătate la nivel populațional este influențat de caracteristicile demografice ale acesteia.

De exemplu, creşterea numărului de persoane vârstnice arată o îmbătrânire a populației şi, implicit, o creştere a morbidității acestora prin boli cronice, crescând cerințele pentru anumite tipuri de servicii medicale şi sociale.

- Indicatorii utilizați în măsurarea stării de sănătate a populației au la numitor un segment de populație sau populația generală.

5.2. Noțiuni fundamentale utilizate în demografie

- **evenimentul demografic** – unitatea purtătoare de informații demografice (născutul viu pentru natalitate, născutul mort pentru mortinatalitate, decesul 0-1 an pentru mortalitatea infantilă);
- **fenomenul demografic** – ansamblul fenomenelor demografice de un anumit tip dintr-o populație: ansamblul născuților vii dintr-o populație determină fenomenul de natalitate;
- **cohortă** – totalitatea persoanelor care, în decursul aceluiaşi interval de timp, au trăit acelaşi eveniment (moarte, deces);
- **generația** – este un caz particular de cohortă; se referă la toate persoanele născute într-un an calendaristic;
- **numărul absolut** – se referă la înregistrarea unui anumit tip de evenimen-

te demografice: nr. decese 0-1 an, nr. căsătorii, etc. înregistrate într-o populație într-un anumit interval de timp.

- acesta depinde de mărimea populației de referință;
- nu permite compararea fenomenului, nu pot aprecia intensitatea acestuia (intensitatea naşterilor);
- este utilizat în stabilirea activităților de planificare sanitară (de ex., necesarul de paturi într-o anumită secție).

- **numărul relativ** – rezultă din raportarea a două mărimi (numere) absolute, obținându-se un indicator (indicatorul de natalitate, mortalitate, etc.).
- **indicator demografic** – mărime care exprimă fenomenele demografice.
- **indicator bazat pe rată** – numărul de evenimente specifice ce apar într-o populație definită.

Măsoară frecvența intensității unui eveniment demografic într-o populație şi într-o perioadă de timp.

De ex.: Rata de natalitate: (nr. de născuți)/(nr. de locuitori la 1 iulie a anului în studiu) x 1000.

- **indicele** – este un raport între două rate corelate în două teritorii diferite sau în două momente diferite.

Exemplu: (Rata pentru zona X)/(Rata pentru zona Y). De regulă se exprimă în procente.

5.3. Surse de informații utilizate în studiul demografiei

1. Recensământul populației

Are drept scop înregistrarea transversală a populației la un anumit moment dat, sub toate aspectele ei, în funcție de toate caracteristicile (număr de locuitori, vârstă, repartiția pe sexe, starea civilă, naționalitatea, etc.)

De regulă, pentru majoritatea țărilor lumii, recensământul populației se efectuează odată la 10 ani.

Toate înregistrările se fac într-un interval scurt de timp (2-3 săptămâni),

dar **toate se referă la un moment fix**.

În afara recensămintelor, numărul de locuitori se stabileşte prin metode probabilistice, matematice.

2. Statistica stării civile

Oferă date referitoare la principalele evenimente demografice: naşteri, decese, căsătorii, divorţuri.

Documentele purtătoare de informaţii sunt reprezentate de:

- certificatul medical constatator al născutului viu;
- certificatul medical constatator al născutului mort;
- certificatul medical constatator al decesului.

Pe baza lor se constituie actele de stare civilă: certificatul de naştere, deces, căsătorie, divorţ, care, cu excepţia divorţului, se completează în momentul producerii evenimentelor.

3. Anchetele demografice

Studiază trendul (tendinţa) de evoluţie a populaţiei sub toate aspectele (statica populaţiei şi dinamica populaţiei).

Majoritatea ţărilor lumii utilizează modalităţi moderne de prelucrare şi centralizare a datelor care se referă la demografie.

Includerea principalelor date demografice oferite de fiecare ţară în publicaţii internaţionale cum ar fi anuarele OMS, anuarele demografice ale ONU, publicaţii oferite de UNESCO sau Banca Mondială, permit aprecierea sănătăţii populaţiei la nivel mondial.

În comparaţie cu ţările dezvoltate, ţările subdezvoltate deţin date incomplete sau chiar inexistente referitoare la aspectele demografice ale populaţiei.

5.4. Statica populației

5.4.1. Volumul populației (numărul de locuitori)

Se stabileşte prin metoda recensământului, metodă care se aplică în majoritatea ţărilor lumii la un interval de 10 ani, având drept scop înregistrarea populației la un moment dat (o dată fixă), sub toate aspectele care țin de statică şi dinamică (nr. de locuitori, structura populației pe sexe, vârste, stare civilă, caracteristici socio-economice, etc.).

Pentru perioada dintre două recensăminte, numărul de locuitori se estimează prin metode probabilistice, având o valoare aproximativă.

Din necesități de ordin practic, valorile oficiale ale numărului de locuitori se stabilesc de către Comisia Națională de Statistică pentru 1 ianuarie şi 1 iulie ale fiecărui an calendaristic.

Explozia demografică existentă în majoritatea țărilor lumii are consecințe sub diverse aspecte: politic, social, economic, al serviciilor de sănătate şi protecției sociale.

Dacă anul 1810 marchează înregistrarea primului miliard de locuitori, trecerea de la miliardul întâi spre al doilea s-a făcut în aproximativ 120 ani (1810-1927).

Trecerea de la miliardul patru spre al cincilea s-a realizat într-un interval de 10 ori mai mic, 1977-1987.

La 11 iulie 1987 s-a înregistrat miliardul cu numărul cinci pentru locuitorii planetei, această zi fiind considerată „Ziua Mondială a Populației".

La 13 octombrie 1999 a fost atins miliardul cu numărul şase, eveniment înregistrat prin naşterea unui băiat în oraşul iugoslav Sarajevo.

Se estimează că miliardul al şaptelea se va înregistra în 2010, iar miliardul cu numărul opt în 2025.

Conform datelor recensământului populației şi al locuințelor oferite de Comisia Națională de Statistică, la 18 martie 2002, populația României:

- era de **21.680.974 locuitori, ocupând locul 9 în Europa**, cu o densitate

de 90,9 locuitori/kmp.

- ponderea cea mai mare era concentrată în mediul urban, adică 52,7%.
- în intervalul 1992-2002, populația României a scăzut cu aproximativ 1 milion de persoane.
- structura pe naționalități a populației României arată că ponderea cea mai mare o dețin românii (89,5%), pondere neschimbată față de 1992 (Tabel 5-1).

Tabel 5-1 Structura populației României după naționalități

Naționalitatea	Ponderea (%)
Români	89,5
Maghiari	6,6
Romi	2,5
Germani	0,3
Ucraineni	0,3
Turci	0,2
Ruşi lipoveni	0,2
Sârbi	0,1
Tătari	0,1

5.4.2. Densitatea populației

Este reprezentată de numărul de locuitori/km^2.

Există o **densitate generală**, reprezentată de raportul între numărul de locuitori şi întreg teritoriul.

Densitatea fiziologică sau specifică este raportul între numărul de locuitori şi suprafața cultivată.

În România, densitatea populației a scăzut față de 1992 de la 95,7 locuitori pe kmp la 90,9 locuitori pe kmp în 2002. Comparativ cu alte țări din Europa, România se situează pe o poziție medie, având o densitate asemănătoare cu Austria, Croația, Slovenia (mai redusă decât în țări precum Ungaria, Franța, Portu-

galia, Danemarca, Elveția şi mai ridicată decât în Grecia, Spania, Bulgaria, Irlanda, Suedia).

Pe județe, se constată o mai mare aglomerare a populației în Municipiul Bucureşti, Ilfov, Prahova, Iaşi, Galați, Dâmbovița, Braşov, Bacău, Cluj şi Constanța, în fiecare dintre aceste județe densitatea populației depăşind 100 locuitori pe kmp. Aceste județe aveau şi în 1992 cele mai mari densități ale populației.

Densitățile cele mai scăzute s-au înregistrat, ca şi în 1992, în județele: Tulcea, Caraş-Severin şi Harghita, acestea având valori cuprinse între 30,2 şi 49,1 locuitori pe kmp.

Variațiile teritoriale ale densității se explică atât prin evoluția diferențiată a fenomenelor demografice, cât şi prin factori de natură economică şi geografică.

Importanța studiului densității pentru sănătatea publică

- Densitatea mare a populației favorizează răspândirea bolilor transmisibile, crescând pericolul poluării mediului.
- Din perspectiva serviciilor de sănătate – unitățile medico-sanitare sunt dotate în funcție de densitatea populației.

5.4.3. Dispersia populației

Reprezintă o noțiune de demografie care arată gradul de răspândire al populației în centre populate urbane sau rurale, municipii, oraşe, comune, sate.

În România, distribuția teritorială a populației a cunoscut modificări în perioada 1992 – 2002 datorită diferențelor regionale ale creşterii naturale şi ale fluxurilor migratorii interne şi externe.

În perioada dintre cele două recensăminte, numărul populației a crescut numai în două județe: Iaşi şi Ilfov, celelalte înregistrând scăderi.

Grupate după numărul populației, 16 județe aveau sub 400 mii locuitori, 7 județe aveau peste 700 mii locuitori, acestea din urmă concentrând aproape 30%

din populația țării, celelalte județe cu o populație de 400–700 mii locuitori însumând 46,7%.

5.4.4. Structura populației pe sexe

Arată, de regulă, o predominanță a persoanelor de sex feminin, comparativ cu cele de sex masculin.

Acest fenomen este o caracteristică stabilă, constantă a unei populații.

Egalitatea aproximativă dintre cele două sexe, reprezintă o legitate biologică, necesară supraviețuirii speciei umane.

În România, la recensământul din 7 ianuarie 1992, femeile reprezentau 50,8%, iar bărbații 49,2% din totalul populației.

La recensământul din 18 martie 2002, 51,3% din populația României este de sex feminin şi 48,7% de sex masculin.

În profil teritorial, la recensământul din 2002, în toate județele, femeile sunt majoritare, în timp ce, în 1992, au existat 4 județe (Alba, Galați, Harghita şi Tulcea) unde majoritari erau bărbații.

Indicele de masculinitate

Este reprezentat de numărul de persoane de sex masculin care revin la 100 sau la 1000 de persoane de sex feminin.

Într-o populație dată, indicele de masculinitate are o anumită stabilitate.

Variații mari ale indicelui de masculinitate apar numai când există factori perturbatori majori (războaie).

Grupa de vârstă influențează puternic indicele de masculinitate.

La naştere, indicele de masculinitate are o valoare relativ constantă, în jur de 105-106.

Valoarea indicelui de masculinitate scade pe măsura înaintării în vârstă, din cauza fenomenului de supramortalitate masculină,

La recensământul din 1992, indicele de masculinitate era de 96,66. La re-

censământul din 2002, la 1000 de persoane de sex masculin reveneau 1051 persoane de sex feminin (față de 1034 persoane de sex feminin la recensământul din 1992).

5.4.5. Structura populației pe grupe de vârstă

În studiile demografice, în analiza populației se pot utiliza

- grupele de vârstă cincinale (0-4; 5-9; 10-14; …… 80-84; 85 ani şi peste);
- grupele de vârstă decenale (0-9; 10-19; …… 80 ani şi peste).
- grupele mari de vârstă:
    a. copii 0-14 ani
    b. adulți 15-59 ani;
    c. vârstnici 60 ani şi peste.

Din cauza prelungirii procesului de şcolarizare şi a speranței de viață la naştere, se utilizează tot mai mult grupele de vârstă:

a. **copii** 0-19 ani;
b. **adulți** 20-64 ani;
c. **vârstnici** 65 ani şi peste.

Grafic, structura populației pe grupe de vârstă pentru ambele sexe este reprezentată sub forma **piramidei vârstelor**.

Piramida vârstelor poate fi construită pe ani de vârstă, pe grupe cincinale sau grupe decenale de vârstă.

Ea constă din două diagrame în coloane, cu dispunere orizontală (histograme), în stânga pentru populația masculină şi în dreapta pentru populația feminină.

Pe axa ordonatelor sau la bază este trecut numărul de locuitori pentru fiecare grupă de vârstă.

Pe axa absciselor, perpendicular şi la mijlocul piramidei sunt trecute valorile grupelor de vârstă. (Fig. 4-1).

Forma piramidei este influențată de nivelul natalității, al mortalității pe

grupe de vârstă, precum şi de migraţia populaţiei.

Clasic, se descriu patru tipuri de piramidă a vârstelor.

1) **piramida în formă de triunghi** cu baza lărgită şi vârful ascuţit este specifică pentru populaţiile **tinere**.

Ea este specifică pentru ţările în curs de dezvoltare sau slab dezvoltate care au o natalitate crescută (nr. mare de tineri şi copii) şi, atunci, baza piramidei este mult lărgită; ea se îngustează spre vârf pentru că mortalitatea în aceste ţări este crescută, iar speranţa de viaţă scăzută.

Populaţiile **tinere** au o natalitate crescută cu o pondere mare a copiilor şi tinerilor, comparativ cu populaţia vârstnică.

2) **Piramida în formă de stog** este caracteristică pentru populaţiile cu fertilitate crescută şi un nivel mediu de îmbătrânire a populaţiei.

3) **Piramida în formă de urnă**, unde baza este îngustă din cauza natalităţii scăzute, având, în acelaşi timp, un vârf rotunjit prin creşterea ponderii populaţiei vârstnice.

Se întâlneşte în ţările dezvoltate, care au o populaţie îmbătrânită.

4) **Piramida în formă de treflă** – este specifică unei populaţii îmbătrânite, la care se constată, în ultima perioadă, o creştere a natalităţii, baza piramidei fiind uşor alungită.

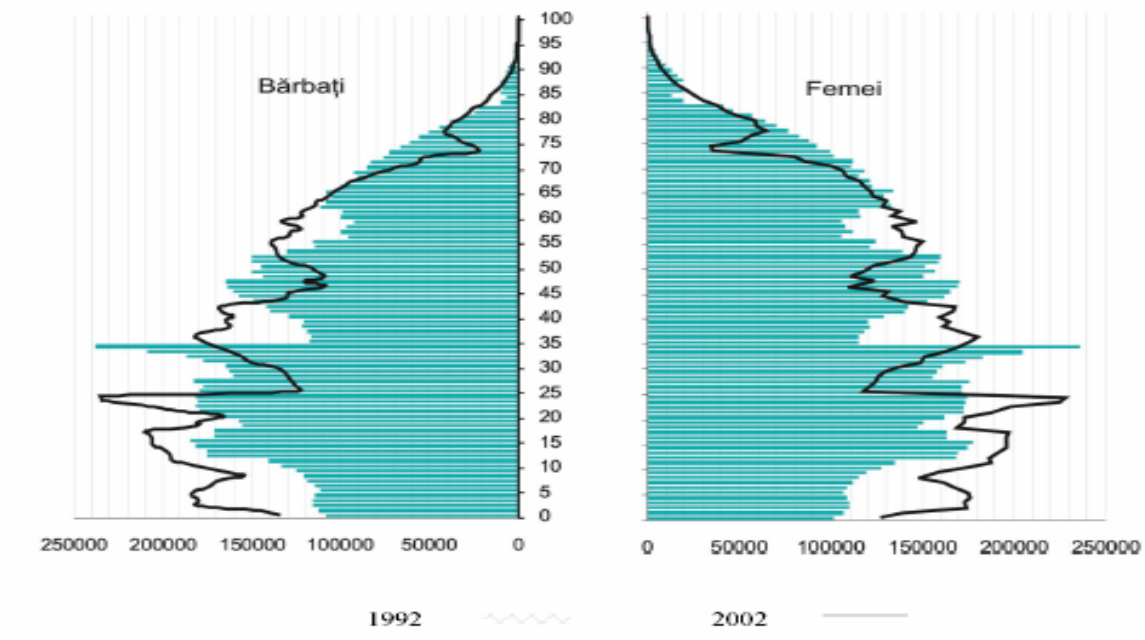


Fig. 5-1 Piramida vârstelor – 1992 şi 2002

Recensământul din 2002 (Fig. 5-1) evidențiază, pentru România, o accentuare a procesului de îmbătrânire demografică prin creşterea ponderii populației adulte şi vârstnice, cu precădere a celor de peste 60 de ani, paralel cu scăderea ponderii populației tinere. Creşterea populației de peste 60 de ani este mai accentuată la populația de sex feminin.

La data recensământului, s-au înregistrat în România **310 persoane centenare**, din care **228 erau femei**.

Îmbătrânirea demografică era mai accentuată în mediul rural comparativ cu cel urban – aproape un sfert din populația rurală depăşind vârsta de 60 de ani.

5.4.6. Structura populației după starea civilă

Conform legislației din România, starea civilă poate avea mai multe aspecte:

- necăsătorit(ă)
- căsătorit(ă)
- văduv(ă)
- divorțat(ă)

Noțiunea de stare civilă se utilizează după vârsta de 15 ani, limita inferioară de vârstă la care este permisă căsătoria.

Față de recensământul anterior (1992), a crescut ponderea persoanelor văduve şi divorțate; 3,8% din populație trăieşte în uniune consensuală, peste jumătate dintre aceştia regăsindu-se în mediu rural.

În cadrul **populației feminine căsătorite**, proporția celor care se află la prima căsătorie este de 93,9%.

Structura populației în funcție de diverse caracteristici (sexe, grupe de vârstă), influențează starea de sănătate a populației.

De exemplu, structura pe grupe de vârstă şi sexe influențează morbiditatea şi natalitatea din teritoriu.

Din perspectiva serviciilor de sănătate, dotarea acestora variază în funcție de grupele de vârstă cărora li se adresează.

De asemenea, anumite grupe de vârstă au prioritate în asistența medicală: copii, femei de vârstă fertilă, populația aflată în activitate.

Raportul de dependență (proporția între populația adultă de 15-19 ani şi populația sub şi peste aceste limite de vârstă) influențează viața economică şi cea socială.

Tendința de creştere a numărului de persoane vârstnice care revin la 1000 de persoane adulte, generează o sarcină socială importantă pentru adulți, care trebuie să asigure întreținerea familiilor lor şi educarea tinerei generații.

În 2002, la nivelul țării, numărul vârstnicilor (60 ani şi peste) a fost mai mare decât cel al copiilor (0-14) ani, ceea ce arată o **situație demografică dezechilibrată**, în condițiile în care, în viitor, copiii de azi reprezintă adulții de mâine, cei care vor reprezenta viitoarele resurse de muncă.

Acest dezechilibru se exprimă prin **indicele de îmbătrânire**, reprezentând numărul de vârstnici raportat la 1000 de copii, care în 2002 a fost de 1098 de persoane, comparativ cu 1992, când s-au înregistrat 722 persoane.

5.5 Dinamica (mişcarea) populației

Este reprezentată de modificările care au loc la nivel populațional într-un an calendaristic, ca urmare a evenimentelor demografice: naşteri, decese, schimbări ale domiciliului stabil (imigrări şi emigrări).

Este descrisă o **mişcare (dinamică) naturală** a populației datorată naşterilor şi deceselor şi o **mişcare (dinamică) migratorie** a populației rezultată din deplasarea populației cu schimbarea definitivă a domiciliului stabil.

5.5.1 Dinamica (mişcarea) naturală a populației

Mişcarea naturală a populației este alcătuită din două fenomene demografice cu caracter contrar:

- **reproducerea populației** – determinată de creşterea numărului de locuitori;
- **mortalitatea populației** – determinată de scăderea numărului de locuitori.

Într-un an calendaristic, în medie, într-o populație intră o generație datorită naşterilor şi, în acelaşi an, pleacă o generație, datorită deceselor.

5.5.1.1. *Reproducerea populației*

Reproducerea populației se referă la componenta pozitivă a mişcării naturale a populației şi constă în creşterea numărului de născuți vii.

În sens restrâns, prin reproducerea populației se înțelege natalitatea şi fertilitatea.

Există:

A. ***fenomene cu influență pozitivă asupra reproducerii populației***: natalitatea, fertilitatea generală şi specifică pe vârste, fecunditatea, nupțialitatea; reproducerea (netă şi brută).

B. ***fenomene cu influență negativă asupra reproducerii populației***: avorturile, divorțialitatea, contracepția.

Definiții utilizate în studiul mişcării naturale a populației

Naşterea – evenimentul expulzării unui produs de concepție după o perioadă a sarcinii mai mare de 28 săptămâni.

Rangul naşterii – reprezintă a câta naştere, vie sau nu, a mamei este cea în cauză.

Rangul născutului – arată al câtelea este născutul, viu sau mort, în suita celor pe care i-a născut mama respectivă.

Intervalul protogenezic – intervalul care separă căsătoria de naşterea primului născut viu şi a cărui valoare este de 22-23 luni.

Intervalul intergenezic – perioada medie care separă naşterile de rang suc-

cesiv; variază între 3-3,5 ani.

Născutul viu – este unitatea de observație utilizată în studiul natalității, fiind reprezentat de produsul de concepție expulzat complet din corpul mamei şi care, indiferent de vârsta sarcinii din care provine, prezintă un semn de viață. Semnele de viață sunt reprezentate de: respirație, activitatea cardiacă, pulsații ale cordonului ombilical, chiar dacă placenta a fost sau nu expulzată, iar cordonul ombilical a fost sau nu secționat.

În scopul evitării unor variații interpretative, momentul luat în considerație este cel al separării complete de corpul mamei.

Vârsta sarcinii, greutatea nou-născutului sau alt criteriu **sunt ignorate din definiție în mod deliberat**, pentru a evita orice interpretare.

Născutul mort – evenimentul demografic al dispariției semnelor de viață pentru un produs de concepție ce provine dintr-o sarcină a cărei vârstă este mai mare de 28 de săptămâni. Deoarece determinarea duratei sarcinii este dificil de realizat, se iau drept criterii suplimentare pentru definirea născutului mort talia şi greutatea (talia mai mare de 35 de cm şi o greutate mai mare de 1000 g).

Născutul mort este unitatea purtătoare de informații demografice pentru mortinatalitate.

Avortul – absența semnelor de viață pentru un produs de concepție ce provine dintr-o sarcină a cărei vârstă gestațională este mai mică de 28 de săptămâni, are o talie mai mică de 35 de cm şi o greutate mai mică de 1000 g. Deoarece vârsta sarcinii nu se poate aprecia cu precizie prin anamneză, în practică se preferă utilizarea unor criterii uşor măsurabile (talie şi greutate).

Contingent fertil cuprinde populația feminină în vârstă de 15-49 ani şi populația masculină în vârstă de 18-54 de ani.

În practică, în studiul reproducerii populației, se ține cont de populația feminină de vârstă fertilă, 15-49 ani.

Planificarea familială – stabilirea, în mod conştient, de către un cuplu a numărului de copii doriți, precum şi spațierea în timp a naşterilor.

A. Fenomene cu influență pozitivă asupra reproducerii populației

5.5.1.1.1. Natalitatea

Este reprezentată de frecvența născuților vii înregistrați într-o populație definită şi într-o anumită perioadă de timp (un an calendaristic).

Unitatea purtătoare de informații demografice în studiul natalității este născutul viu.

Natalitatea se măsoară prin indicele sau rata de natalitate:

$$Indice\,(rata)\,natalitate = \frac{nr.\,născuți\,vii}{nr.\,de\,locuitori\,(1\,iulie)} \times 1000$$

Natalitatea este un indice de intensitate care măsoară frecvența fenomenului într-o populație.

Natalitatea este componenta pozitivă a mişcării naturale a populației, fiind indicatorul cel mai flexibil şi mai mobil al fenomenelor mişcării naturale a populației.

Rata de natalitate are avantajul că se calculează uşor, dezavantajul major se referă la faptul că numitorul este neomogen, adică cuprinde populația de ambele sexe, pentru toate grupele de vârstă, indiferent de starea civilă.

Documentele de stare civilă nu reflectă întotdeauna, cu maximă exactitate, venirea pe lume a unui nou cetățean al planetei.

Astfel, în anumite zone ale țării, în credința conferirii unei zodii mai fericite, se întârzie în mod intenționat zile în şir declararea oficială a unui copil, pe când în China, de exemplu, ziua naşterii se calculează cu nouă luni în urmă, în momentul concepției.

În studiul natalității, **certificatul medical constatator al născutului viu** reprezintă documentul oficial primar al circuitului informațional.

Acesta se completează în primele 24 de ore de la producerea naşterii de către medicul unității pe teritoriul căreia s-a produs naşterea şi care a asistat sau

constatat naşterea.

Acest document se depune în termen de 15 zile la oficiul stării civile al primăriei localității pe teritoriul căreia a avut loc naşterea.

Aici, evenimentul se înregistrează într-un registru pentru născuți vii; se completează buletinul statistic de născut viu şi se eliberează familiei **certificatul de naştere**.

Buletinul statistic de naştere se înaintează la Comisia Județeană de Statistică, de aici datele fiind trimise la Comisia Națională de Statistică pentru prelucrare, centralizare şi elaborare de indici de natalitate pentru toate județele țării.

Evoluția natalității la nivel mondial

Datele oferite de literatura de specialitate arată că nivelul maxim al natalității este în jurul valorii de 50 născuți vii la 1000 de locuitori într-un an calendaristic.

Astfel de valori crescute se înregistrează în țări subdezvoltate economic din Africa: Niger (53,7‰), Angola (48,4‰); din Asia de Sud şi de Sud-est: Laos (41,3‰), Pakistan (39‰), Irak (38,4‰), Arabia Saudită (35,1‰).

Începând din a doua jumătate a secolului al XIX-lea, în urma creşterii nivelului de trai, a industrializării şi urbanizării, în țările dezvoltate azi economic, mortalitatea a început să scadă, antrenând şi scăderea natalității. (Tabel 5-2)

Tabel 5-2 Natalitatea în unele țări ale lumii în perioada 1975-2001

Țara	Natalitatea (la 1000 de locuitori)					
	1975	1980	1985	1990	1995	2001
Anglia	12,5	13,5	13,3	13,9	12,9	12,0
Australia	16,9	15,3	15,7	15,4	14,5	13,4
Austria	12,5	12,0	11,6	11,6	11,5	9,8
Belgia	12,2	12,7	11,5	12,6	11,6	10,2
Elveția	12,3	11,3	11,6	12,5	11,9	10,8
Finlanda	13,9	13,1	12,8	13,2	12,9	11,2
Franța	14,1	14,8	13,9	13,5	12,3	11,6
Germania	9,7	10,0	9,6	11,4	9,5	8,8

Grecia	15,7	15,4	11,7	10,2	9,9	9,6
Japonia	17,2	13,7	11,9	9,9	9,9	10,2
Olanda	13,0	12,8	12,3	13,3	12,7	11,6
Panama	32,3	26,8	26,2	23,9	21,7	21,9
Polonia	18,9	19,5	18,2	14,3	12,5	9,7
Portugalia	19,1	16,4	12,8	11,8	10,7	10,6
România	20,7	18,0	15,8	13,6	11,0	9,8
Suedia	12,6	11,7	11,8	14,5	12,8	11,7
Statele Unite ale Americii	14,0	16,2	15,7	16,7	15,2	14,4
Tunisia	36,6	35,2	31,3	25,8	22,7	20,1
Ungaria	18,4	13,9	12,2	12,1	11,3	10,6

Sursa: Raport OMS, 2002

Evoluția natalității în România

În România, evoluția natalității a fost următoarea:

- În perioada 1901-1905, nivelul natalității era de 39,7‰;
- În perioada dintre 1930 şi cel de-al doilea război mondial, se înregistrează o scădere a natalității: (1935 – 30,1‰; 1940 – 26,0‰).
- În perioada celui de-al doilea război mondial, nivelul natalității scade din cauza dezorganizării familiilor, a climatului psihologic de insecuritate şi teamă care exista.
- Sfârşitul războiului marchează o creştere a natalității, ajungând până la valoarea de 27,6‰ în 1949. Liberalizarea avorturilor din 1957 duce la o scădere a natalității până în 1966, când se înregistrează nivelul cel mai scăzut al acestui indice – 14,3‰.
- În condițiile unei politici pronataliste, prin aplicarea Decretului 770/1966 şi a lipsei mijloacelor contraceptive, se înregistrează o creştere bruscă a nivelului natalității, ajungând în 1967 la 27,4‰.
- În 1990, ca urmare a liberalizării avorturilor şi a introducerii metodelor de planificare familială, se înregistrează o scădere continuă a natalității,

ajungând în 2000 la un nivel de 10,4‰, 2001 – 9,8‰ (una din cele mai scăzute valori ale fenomenului pe timp de pace).

- În profil teritorial, județele din estul țării au o valoare mai mare a natalității decât media pe țară, iar județele din vestul țării o valoare mai mică decât media pe țară.

5.5.1.1.2. Fertilitatea

Reprezintă fenomenul demografic al frecvenței născuților vii raportat la 1000 de femei de vârstă fertilă.

În demografie, vârsta fertilă este vârsta cuprinsă între 15-49 ani.

Studiul fertilității dintr-un an calendaristic (abordare transversală) se măsoară prin următorii indicatori:

Rata de fertilitate generală

$$\frac{Număr\ născuți\ vii}{Număr\ \ femei\ 15-49\ ani} \times 1000$$

În România, pentru 2001, fertilitatea generală a fost de 37,8‰.

Rata de fertilitate specifică pe grupe de vârstă cincinale a mamei (15-19; 20-24;25-29;…… 45-49 ani) sau decenale. De exemplu, fertilitatea specifică pentru grupa de vârstă 25-29 ani se calculează astfel:

$$\frac{Număr\ născuți\ vii\ ai\ mamelor\ de\ vârstă\ 25-29\ ani}{Număr\ \ femei\ de\ vârstă\ \ fertilă\ 25-29\ ani} \times 1000$$

De asemenea, se mai poate calcula o fertilitate specifică în funcție de starea civilă a mamei – fertilitate legitimă şi nelegitimă şi o fertilitate în funcție de mediul de reşedință (urban, rural).

Nivelul maxim al fertilității specifice pe grupe de vârstă se înregistrează pentru grupele de vârstă 20-24 ani, 25-29 ani, pentru ca apoi să scadă, ajungând la 0,2‰ pentru grupa de vârstă 45-49 ani.

În România, nivelul fertilității generale a fost în anul 2001 de 37,8‰.

La recensământul din 2002, din totalul femeilor de 15-49 ani:

- 37,8% nu născuseră nici un copil;
- 49,0% născuseră unul sau doi copii;
- restul de 13,2% - 3 copii şi mai mulți.

5.5.1.1.3. Indicele brut de reproducere

Reprezintă numărul mediu de descendenți de sex feminin pe care i-ar naşte o femeie dintr-o generație de femei de vârstă fertilă 15-49 ani, în absența mortalității specifice pe grupe de vârstă.

5.5.1.1.4. Indicele net de reproducere

Numărul mediu de fetițe pe care le-ar aduce pe lume o femeie de vârstă fertilă 15-49 ani, dintr-o anumită generație de femei de vârstă fertilă 15-49 ani, dar a cărei generație a fost micşorată datorită mortalității specifice pe grupe de vârstă.

Pentru a asigura o generație următoare, ar trebui ca fiecare femeie de vârstă fertilă să aducă pe lume cel puțin o fetiță (indicele net şi brut de reproducere să aibă valoare supraunitară).

În condițiile scăderii natalității, aceştia au o valoare subunitară.

5.5.1.1.5. Descendența finală

Reprezentată de numărul de născuți vii ce revin la 1000 de femei de vârstă fertilă.

Datele de la recensământul din 2002 au arătat că:

- Numărul mediu de născuți vii care reveneau la 1000 de femei de vârstă fertilă a fost de 1648, comparativ cu 1802 copii la recensământul din 1992.

- Numărul de născuți vii la 100 de femei de vârstă fertilă este de 1,6 ori mai mare în mediul rural decât în cel urban.

5.5.1.1.6. Descendența medie finală

Se referă la numărul de născuți vii care revin la o singură femeie de vârstă fertilă.

Factorii care influențează natalitatea şi fertilitatea

1. Factori demografici

- ponderea populației feminine de vârstă fertilă în cadrul populației totale;
- structura populației feminine pe grupe de vârstă;
- nupțialitatea – o rată crescută a nupțialității reprezintă un factor important în creşterea fertilității.
- divorțialitatea;
- vârsta la căsătorie – fertilitatea are un nivel crescut pentru grupele de vârstă tinere. În România, vârsta medie la căsătorie are o tendință de creştere;
- structura familiei – nivelul fertilității este scăzut atunci când se constată trecerea de la familia de tip tradițional la cea de tip modern, sau nucleară, modificându-se astfel raportul între generații.
- mortalitatea infantilă şi juvenilă - cu cât mortalitatea infantilă este mai mare, cu atât fertilitatea este mai mare, aspect care se explică prin efectul de **înlocuire** al copilului pierdut, asigurându-se în acest fel un anumit număr de copii supraviețuitori, în special de un anumit sex;

2. Factorii medico-biologici

- sterilitatea masculină şi feminină (primară şi secundară) în cadrul populației;
- patologia genitală;
- mortalitatea fetală, cel mai frecvent de cauze genetice.

3. Factorii socio-economici

- nivelul de instruire a femeii – creşterea nivelului de instruire a femeii duce la scăderea natalității;
- prelungirea perioadei de şcolarizare (determină amânarea căsătoriei);
- venitul familiei;
- gradul de angajare a femeilor în activități socio-economice;
- şomajul, nivelul de angajare a femeilor în viața socio-economică;
- apartenența la o anumită categorie socială;
- PIB pe locuitor – pe plan internațional, paralel cu creşterea venitului național, scade nivelul natalității;
- creşterea costului implicat de creşterea şi educarea unui copil;

4. Factorii legislativi

- sistemul de alocație pentru copii;
- prevederile Codului Muncii şi Codului Familiei;
- instituirea şi generalizarea sistemelor de asigurări sociale;
- programe de protecție adresate mamei şi copilului;
- politica de planificare familială, precum şi legislația privind avorturile;

5. Factorii subiectivi

- metode şi mijloace contraceptive (accesibilitatea lor);
- motivații subiective legate de comportamentul demografic;
- atitudinea față de numărul de copii doriți şi realizați;

6. Factori locali-tradiționali, regionali

- nivelul cultural;
- obiceiuri şi tradiții;
- apartenența la o religie;

5.5.1.1.7. Indicele (rata de fecunditate)

Fecunditatea reprezintă capacitatea femeii de a procrea, iar expresia cantitativă a fecundității este reprezentată de:

$$\frac{Număr\ de\ sarcini}{Număr\ de\ femei\ 15-49\ ani} \times 1000$$

Numărul de sarcini = număr născuți vii + număr născuți morți + număr avorturi

5.5.1.1.8. Indicele (rata) de nupțialitate

$$\frac{Număr\ căsătorii}{Număr\ de\ locuitori} \times 1000$$

Fenomenul demografic al căsătoriilor înregistrate într-o populație dată şi într-o anumită perioadă de timp

- vârsta medie la prima căsătorie (anuarul demografic al României) era în 2000 de: 28,9 ani (soț) şi 25,4 ani (soție).

Datele recensământului din 18 martie 2002, oferite de Comisia Națională de Statistică, arată:

- În cadrul populației feminine căsătorite, proporția acelora care se află la prima căsătorie este de 93,9%.
- 3,8% din populație trăieşte în uniune consensuală, peste jumătate dintre aceştia regăsindu-se în mediul rural. Pe grupe de vârstă, aproape jumătate au vârste cuprinse între 20-34 ani, majoritatea necăsătoriți.
- Față de recensământul anterior (1992), a crescut ponderea persoanelor văduve şi divorțate.
- Distribuția populației după această caracteristică (starea civilă) arată ca în 2002:
  - 47,9% căsătorite;

- 39,7% necăsătorite (~ 40%);
- 3,7% divorţate;
- 8,7% văduve.

- Aproximativ 65% din populaţia căsătorită avea vârste cuprinse între 25 şi 54 ani.

B. Fenomene cu influenţă negativă asupra reproducerii populaţiei

5.5.1.1.9. Divorţialitatea

Reprezintă frecvenţa (intensitatea) divorţurilor, înregistrate într-o populaţie definită şi într-o anumită perioadă de timp (1 an calendaristic, raportarea făcându-se la 1 iulie a acelui an).

Poate fi măsurată în două moduri:

$$\frac{Număr\ de\ divorţuri}{Număr\ de\ locuitori\ la\ 1\ iulie} \times 1000$$

$$\frac{Număr\ de\ divorţuri}{Număr\ de\ căsătorii} \times 100$$

Acest indice variază foarte mult, în funcţie de legislaţia unei ţări şi apartenenţa religioasă, având o influenţă negativă asupra reproducerii populaţiei, ducând la scăderea natalităţii şi a fertilităţii.

La recensământul din 2002 s-a constatat că a crescut ponderea persoanelor divorţate, înregistrându-se, în acelaşi timp, pentru prima dată, **uniunea consensuală ca tip de aranjament marital neconvenţional.**

Un număr de 828 mii persoane au declarat că trăiesc în uniune consensuală.

5.5.1.1.10. Avorturile

Indicele de frecvenţă a avorturilor se poate aprecia în două moduri:

$$1)\ \frac{Număr\ de\ avorturi}{Număr\ de\ născuți\ vii} \times 1000$$

$$2)\ \frac{Număr\ de\ avorturi}{Număr\ de\ femei\ 15 - 49\ ani} \times 1000$$

Cea de-a doua formulă este mai indicată pentru că reflectă mai fidel intensitatea fenomenului.

Prima formulă nu este atât de sugestivă pentru că este influențată de natalitate, fenomen ce variază de la un an la altul.

La nivel mondial, indicele de frecvență a avorturilor depinde de legislația pronatalistă sau antinatalistă a unei țări, de metodele contraceptive aplicate, de metodologia de calcul aplicată.

În România, datele disponibile subevaluează fenomenul, ceea ce se cunoaşte azi referitor la avorturi, sunt date oferite doar de sectorul public.

Există un sector privat care oferă serviciul de „**avort la cerere**”. Reglementările care prevăd raportarea de către sectorul privat a avorturilor la cerere sau a celor terapeutice; în acest sens, se observă o subraportare a fenomenului.

Creşterea costului avortului în sistemul public, corelat cu scăderea accesibilității geografice la astfel de servicii, ne face să asistăm la o scădere a adresabilității femeilor, în special pentru cele care provin din grupuri defavorizate economic.

Avortul la cerere reprezintă, la ora actuală, principala metodă de planificare familială în România (*M. Horga*).

În România, în anul 2001, s-au înregistrat 1156,5 avorturi la 1000 născuți vii, raportul fiind de 1 avort/1 născut viu.

Județele în care indicele de frecvență a avorturilor este crescut sunt: Ialomița (2864,3 avorturi la 1000 născuți vii); municipiul Bucureşti (2626,2 avorturi la 1000 născuți vii); cele mai scăzute valori ale intensității avorturilor s-au înregistrat în județul Tulcea (249,1 avorturi la 1000 născuți vii).

Datele OMS estimează că, la nivel mondial, un număr de 50 de milioane de cazuri sunt reprezentate prin avort ca modalitate de finalizare a unei sarcini

(25%), din care 20 de milioane sunt avorturi empirice, ce sunt efectuate de persoane necalificate, punând în pericol viața femeilor şi crescând cazurile de decese materne ca urmare a avortului toxico-septic.

5.5.1.2. *Mortalitatea populației*

Mortalitatea este componenta negativă a mişcării naturale a populației, reprezentând fenomenul demografic al deceselor înregistrate într-o populație dată şi un anumit interval de timp (un an calendaristic).

Unitatea de observare pentru studiul mortalității este **decesul**.

Decesul este evenimentul *dispariției definitive* a semnelor de viață în orice moment după constatarea stării de născut viu.

În categoria morții intră avortul şi născutul mort, care nu sunt concomitent şi decese.

Decesul implică, obligatoriu, trecerea prin starea de născut viu (respirație, activitatea cardiacă, contracția voluntară a unui muşchi chiar dacă placenta a fost sau nu expulzată iar cordonul ombilical a fost sau nu secționat), în timp ce pentru născutul mort şi avort nu există semne de viață.

Importanța studiului mortalității

- indicator de măsurare şi evaluare a stării de sănătate a populației;
- are implicații în creşterea numerică a populației şi în structura pe grupe de vârstă a acesteia;
- metodele utilizate în măsurarea mortalității permit identificarea problemelor de sănătate, stabilirea priorităților, a obiectivelor în cadrul programelor de sănătate;
- studiul mortalității este utilizat în procesul de planificare sanitară a resurselor;
- permite evaluarea eficacității activității sistemului de servicii de sănătate;

Documentele purtătoare de informaţii utilizate în studiul mortalităţii

- documente medicale – certificatul medical constatator al decesului;
- documente statistice – buletinul statistic de deces şi certificatul de deces, care sunt completate de oficiile de stare civilă pe baza certificatului medical constatator al decesului.

Certificatul medical constatator al decesului

Este un act medico-legal, fiind singurul document utilizat pentru obţinerea de date privitoare la cauza morţii. Orice greşeală voită sau involuntară a medicului care completează cauza morţii se poate solda cu sancţiuni administrative sau penale.

Înregistrarea decesului se face în termen de trei zile de la deces la oficiul stării civile al primăriei pe raza căreia s-a produs acesta, termen care cuprinde atât ziua în care a decedat persoana cât şi ziua în care se face declararea.

La oficiul stării civile se trece decesul în registrul de decese, se completează buletinul statistic de deces şi se eliberează familiei **certificatul de deces** şi **adeverinţa de înhumare**. Actul de deces se completează în dublu exemplar.

În urma prelucrării şi centralizării datelor la nivelul Direcţiilor Judeţene de Statistică şi a Comisiei Naţionale de Statistică, se asigură studiul mortalităţii generale la nivel judeţean şi naţional, elaborându-se indicatori de mortalitate.

Cea mai importantă parte a certificatului constatator al decesului este cea care se referă la cauza morţii pe cauze de deces.

Ea trebuie completată corect, conform instrucţiunilor Ministerului Sănătăţii şi Familiei.

Această parte cuprinde:

I. Cauzele propriu-zise ale morţii:

a. cauza directă, imediată;

b. cauze antecedente;

c. stare morbidă iniţială;

II. Alte stări morbide importante

În mod obligatoriu, se completează cauza decesului la punctul „**I.c.**”, pentru că aceasta este cauza care se codifică şi se ia în considerație la studiul mortalității pe cauze medicale de deces.

Nu se trec mai multe cauze de deces la nici o rubrică („a,b,c”) din partea „I” a certificatului.

Chiar dacă există mai multe cauze de deces, totuşi medicul trebuie să aleagă o singură cauză (sau o singură înlănțuire de cauze) care a determinat decesul sau să țină cont de ponderea mai mare pe care a avut-o o cauză în producerea decesului, respectând reglementările Ministerului Sănătății şi Familiei.

Atunci când cauza decesului este unică şi nu există o înlănțuire de fenomene morbide, se va trece această cauză la punctul „**I.c.**”– starea morbidă, inițială – iar punctele „a” şi „b” rămân necompletate.

Exemple – „**c**” – sinucidere, înec, omucidere, traumatism imediat mortal.

În cazul în care există două sau mai multe cauze de deces şi când medicul care a tratat bolnavul nu poate decide care din ele a provocat cu prioritate moartea, se va ghida după următoarea regulă:

- se va da prioritate accidentelor imediat mortale (fractură de bază de craniu, omucidere, sinucidere), chiar şi în cazul când acestea au fost însoțite de o boală gravă (HTA, cardiopatie ischemică).
- urmează în ordine descrescătoare:
    - accidentele grave cardiace (infarct miocardic);
    - boli cerebro-vasculare (hemoragie cerebrală);
    - tumori maligne;
    - boli transmisibile cu evoluție gravă.
- dacă decesul a survenit după o intervenție chirurgicală – ca, de exemplu, abdomen acut – se va trece la punctul „**c**” – drept cauză inițială de deces accidentul chirurgical (din cauza hemoragiei intraoperatorii sau a anesteziei).
- simptomele nu reprezintă cauză de deces;
- pentru accidente, otrăviri, traumatisme trebuie specificată în mod clar ca-

uza şi natura lor..

Exemplu: fractură de bază de craniu prin cădere de pe scară

- **senilitatea, prematuritatea –** nu sunt cauze de deces, ci se trec la partea a II-a a certificatului;
- în anumite situații (asfixie, otrăvire) trebuie precizat dacă fenomenul s-a petrecut accidental sau dacă este vorba de sinucidere sau omucidere.
- trebuie să existe o concordanță între cauza decesului, sex şi vârstă.

Mortalitatea – indicatori de măsurare

1. Rata brută de mortalitate generală sau indicele de mortalitate generală
2. Ratele de mortalitate specifică calculate pe:
    a. grupe de vârstă;
    b. mediu de reşedință (U/R);
    c. stare civilă;
    d. sexe.
3. Indicatori de structură (mortalitatea proporțională);
    a. letalitate;
    b. fatalitate.
4. Metode de standardizare (corectare) a mortalității, raportul standardizat al mortalității.

5.5.1.2.1 Rata brută de mortalitate generală sau indicele de mortalitate generală

Măsoară frecvența (intensitatea) deceselor într-o anumită populație şi o perioadă definită de timp (1 an calendaristic).

$$\frac{Număr\ decese\ generale}{Număr\ de\ locuitori\ \ la\ 1\ iulie} \times 1000$$

Indicele de măsurare al mortalității generale are avantajul că este uşor de calculat; dezavantajul este reprezentat de numitor, pentru că nivelul mortalității este influențat de structura pe grupe de vârstă a populației, de distribuția pe sexe,

etc.

Vârsta este cel mai important factor care influențează riscul de deces.

5.5.1.2.2. Ratele de mortalitate specifică pe:

- grupe de vârstă;
- sexe;
- mediu de reşedință;
- cauză medicală de deces.

Măsoară intensitatea deceselor în subpopulații bine definite în funcție de un anumit criteriu (vârstă, sex, rasă, mediu de reşedință), etc.

Când se calculează mortalitatea specifică pe grupe de vârstă, sex, rasă, nivel socio-economic, indicatorul respectiv se exprimă în *promile*.

De exemplu, mortalitatea specifică pentru grupa de vârstă 60-64 ani se calculează astfel:

$$\frac{Număr\ decese\ generale\ pentru\ grupa\ de\ vârstă\ 60-64\ ani}{Număr\ de\ persoane\ de\ 60-64\ ani} \times 1000$$

Studiul mortalității specifice pe sexe evidențiază fenomenul de supramortalitate masculină care se corelează cu o supramorbiditate feminină.

Ratele de mortalitate calculate pe cauze medicale de deces reprezintă o modalitate utilizată în aprecierea stării de sănătate a populației. În acest caz, indicatorul se exprimă la 100.000 de locuitori (*procentimile*).

De exemplu, mortalitatea specifică prin boli cardiovasculare (BCV) se calculează astfel:

$$\frac{Număr\ decese\ prin\ BCV}{Număr\ de\ locuitori\ \ la\ 1\ iulie} \times 100.000$$

Într-adevăr, bolile cardiovasculare reprezintă cea mai frecventă cauză de deces, dar nu întotdeauna certificatul medical constatator al decesului se completează corect, tendința fiind de a se trece prea uşor, ca şi cauză de deces pentru acea persoană, o afecțiune cardiovasculară.

Principalele cauze de mortalitate specifică pe cauze medicale, în România, în 2001, au fost reprezentate de:

- Bolile aparatului cardiovascular: 701,6 ‰ de locuitori.
- Tumori 190,8 ‰ de locuitori.
- Bolile aparatului digestiv 70,6 ‰ de locuitori.
- Accidente, traumatisme 63,7 ‰ de locuitori.
- Bolile aparatului respirator 62,9 ‰ de locuitori.

În practica medicală, ratele de mortalitate specifică se pot calcula utilizând o combinație de mai multe variabile. Atunci când în calculul acelui indicator apare, indiferent de tipul şi numărul de variabile utilizate, **cauza medicală de deces**, indicatorul se raportează la 100.000 de locuitori. Pentru restul variabilelor, mortalitatea specifică se raportează la 1000 de locuitori.

În funcție de cauzele medicale de deces, în literatura de specialitate sunt descrise trei modele de mortalitate:

- **primar** – specific țărilor subdezvoltate;
- **intermediar** – specific țărilor aflate în tranziție;
- **evoluat** – specific țărilor dezvoltate.

Tipul primar – specific țărilor subdezvoltate, unde predomină mortalitatea prin boli respiratorii, digestive, infecto-parazitare, unde mortalitatea materno-infantilă este crescută.

Tipul evoluat – specific țărilor dezvoltate, cu o mortalitate crescută prin boli cardiovasculare, neoplazii şi accidente.

5.5.1.2.3. Indicatori de structură (mortalitatea proporțională)

Letalitatea

Este un indicator de structură care măsoară ponderea deceselor de un anumit tip din totalul deceselor.

În cadrul indicatorului de structură, întregul este considerat 100 şi se notează cu „**N**”, iar „**n**” reprezentând ponderea părții componente din acel întreg, N.

Indicatorul de letalitate se poate calcula pe cauze medicale de deces, pe sexe, pe grupe de vârstă, pe medii de rezidență.

Se exprimă întotdeauna în procente.

La nivel mondial, în anul 2001, s-au înregistrat 56,5 milioane de decese, ponderea cea mai mare fiind întâlnită la persoanele de sex masculin, 52,4%, decesele la femei reprezentând 47,6% din totalul deceselor. Cea mai frecventă cauză de deces au reprezentat-o bolile cardiovasculare (29,3%), urmate, în ordine descrescătoare, de bolile infecto-parazitare (19,3%), neoplazii (12,6%), accidente, traumatisme (9%).

Fatalitatea

Măsoară riscul de deces printr-o anumită boală, din totalul bolnavilor cu acea boală.

Astfel, fatalitatea prin boli cardiovasculare se calculează astfel:

$$\frac{Număr\ decese\ prin\ boli\ cardiovasculare}{Număr\ de\ bolnavi\ cu\ boli\ cardiovasculare} \times 100$$

Datele oferite de literatura de specialitate, referitoare la calculul fatalității, sunt rezultatul unor studii efectuate pe cohorte de bolnavi.

5.5.1.2.4. Metode de standardizare a mortalității

Metoda standardizării este utilizată atunci când se fac comparații privind indicatorii de mortalitate şi de morbiditate ce provin din populații care au o structură pe vârstă sau grupe de vârstă diferite.

Pentru evitarea unor influențe de acest fel, se utilizează mortalitatea standardizată şi raportul standardizat al mortalității.

Mortalitatea standardizată nu ne arată nivelul fenomenului ci numai com-

pararea lui.

Mortalitatea standardizată este un indice ipotetic, teoretic, adică nu sunt indici reali, ci rezultă doar din calcul.

5.5.1.2.5. Speranța de viață la naştere (durata medie a vieții)

Indicator sintetic al stării de sănătate a populației, condiționat de o multitudine de factori:

- nivel de trai;
- stil de viață defavorabil sănătății;
- alimentație;
- factori sociali şi economici (stresul, presiunea morală, insatisfacțiile personale);

Speranța de viață la naştere este reprezentată de numărul mediu de ani pe care i-ar avea de trăit o persoană dintr-o anumită generație, în condițiile modelului de mortalitate specifică pe grupe de vârstă şi pentru o anumită perioadă de timp (un an calendaristic).

În România, în intervalul 1999-2001, durata medie a vieții a fost de 71,19 ani (67,69 ani pentru bărbați şi 74,84 ani pentru femei), una dintre cele mai mici valori pentru țările din Europa.

Cele mai mici valori ale speranței de viață la naştere se înregistrează în țările Africii sud-sahariene (40 ani).

La ora actuală, națiunea cu cea mai mare longevitate este Japonia (77,9 ani pentru bărbați şi 84,7 ani pentru femei), durata medie a vieții fiind de 83 ani.

În ordine descrescătoare, urmează Australia şi țările din Europa Occidentală.

În majoritatea țărilor lumii se remarcă o longevitate mai mare la femei comparativ cu bărbații, excepție făcând Zimbabwe, Bangladesh, Botswana.

La nivel european, **valori crescute pentru durata medie a vieții** întâlnim în (sursa OMS 2001):

- Italia – 79 ani;
- Austria – 78 ani;
- Malta – 77 ani.

Valori scăzute pentru durata medie a vieții:

- Rusia – 66 ani;
- Republica Moldova – 67 ani;
- Ucraina – 68 ani.

Durata medie a vieții – **valori crescute pentru femei**:

- Austria – 81 ani;
- Slovenia – 79 ani;
- Grecia – 75 ani;
- Ucraina – 73 ani.

Evoluția mortalității generale la nivel mondial

La nivel mondial, pentru anul 2001, mortalitatea a fost de 9 decese la 1000 de locuitori.

În țările dezvoltate economic, mortalitatea generală a fost de 10 decese la 1000 de locuitori, valoare explicată prin îmbătrânirea demografică, adică prin creşterea speranței de viață la naştere şi deci, implicit, prin creşterea ponderii populației vârstnice.

În țările în curs de dezvoltare, mortalitatea generală este de 8 decese la 1000 de locuitori.

Valori mari ale mortalității generale se înregistrează în Africa (peste 20 de decese la 1000 de locuitori).

Valori mici ale mortalității generale se înregistrează în Australia (6,8 decese la 1000 de locuitori), Panama (5,1‰), Singapore (4,8‰), Tunisia (5,1‰).

La nivel european, mortalitatea generală este de 11‰, cu valori diferite în Europa Centrală şi de Est, unde se înregistrează o mortalitate generală de 14‰,

iar în Europa de Vest şi cea de Nord, mortalitate generală este de 10‰.

Mortalitatea este un fenomen influenţat de dezvoltarea economică şi socială a unei ţări.

Dezvoltarea economico-socială duce la scăderea mortalităţii prin creşterea speranţei de viaţă la naştere şi, implicit, creşte calitatea vieţii.

5.5.1.2.6. Mortalitatea generală în România

Mortalitatea generală reprezintă elementul cu cea mai mare stabilitate al mişcării naturale a populaţiei şi care reacţionează la îmbunătăţirea condiţiilor de viaţă ale unei populaţii.

În ultimii 50 de ani, evoluţia mortalităţii generale a populaţiei din ţara noastră a fost următoarea:

- după o tendinţă de scădere de la 21,1 decese la 1000 de locuitori în 1932, când se înregistrează valoarea maximă a mortalităţii, probabil datorită crizei economice din anii 1929-1933, se ajunge la 8,1‰ în anul 1964, cel mai scăzut nivel din istoria naturală a fenomenului.
- după 1985, asistăm la o creştere continuă a mortalităţii generale, fapt explicat, în parte, prin îmbătrânirea demografică a populaţiei României.
- în anul 2001, mortalitatea generală a fost de 11,6‰.
- în profil teritorial, există judeţe care înregistrează indici de mortalitate generală a căror valoare este mai mare decât media pe ţară, cum ar fi: Tulcea (15,9‰); Giurgiu (15,7‰).
- o valoare mai mică decât media pe ţară se înregistrează în: Braşov (9,2‰), Iaşi (9,9‰), Constanţa (10,1‰), Bucureşti (10,3‰).

5.5.1.2.7. Mortalitatea maternă

Este fenomenul demografic al deceselor materne produse din cauza complicaţiilor sarcinii, naşterii şi lehuziei (42 de zile de la terminarea acesteia), raportat la 1000 sau la 100.000 de născuţi vii.

$$\frac{\textit{Număr de decese materne}}{\textit{Număr de născuți vii la 1 iulie}} \times 1000$$

Organizația Mondială a Sănătății nu consideră drept **mortalitate maternă decesul matern neobstetrical**, care rezultă din cauze accidentale şi care nu au legătură cu supravegherea medicală a gravidei, parturientei sau lehuzei (de exemplu, otrăviri sinucideri, accidente de circulație, accidente de muncă).

Decesele materne pot fi **de cauze obstetricale directe**, ca rezultat al complicațiilor obstetricale (ale sarcinii, naşterii şi lehuziei) sau al tratamentelor şi intervențiilor incorect aplicate.

Decesele materne de cauze obstetricale indirecte nu au cauză obstetricală, rezultând dintr-o boală preexistentă sarcinii sau care a apărut în cursul sarcinii, agravată de modificările fiziologice induse de sarcină.

Statisticile OMS arată că, în lume, mor anual aproximativ o jumătate de milion de femei prin complicații ale sarcinii, naşterii şi lehuziei, majoritatea deceselor fiind înregistrate în țările slab dezvoltate şi în țările în curs de dezvoltare, unde cele mai frecvente cauze de deces matern o constituie hemoragiile şi infecțiile puerperale.

În țări cu standard de viață ridicat, se înregistrează valori scăzute ale mortalității materne.

Unii autori arată că există subraportări ale fenomenului chiar dacă decesele materne sunt corect înregistrate, motivul fiind clasificarea acestora drept o altă cauză de deces.

La nivel mondial, în anul 2000, au fost înregistrate aproximativ 500.000 de decese materne, ponderea cea mai mare fiind înregistrată în Africa (41%), țări în care numărul deceselor *post-abortum* este mare. Frecvența mortalității materne este mult crescută în țările care au o legislație restrictivă referitoare la întreruperea legală a sarcinilor. Cu toate că mortalitatea maternă a scăzut în România, după 1990, de aproximativ 8 ori prin legalizarea avortului şi introducerea metodelor contraceptive, numărul deceselor materne rămâne în continuare crescut, comparativ cu cel al țărilor europene cu standard de viață ridicat. Astfel,

mortalitatea maternă a fost în 2000 de 0,32‰, în 2001 de 0,34‰, cele mai multe decese producându-se prin avort şi risc obstetrical (hemoragii, hipertensiune arterială indusă de sarcină, sindrom infecțios).

Asistența medicală de specialitate în domeniul sănătății femeii ar putea fi îmbunătățită, dar nu rezolvată în totalitate doar de rețeaua sanitară.

În ultimii 10 ani, majoritatea deceselor materne s-au produs prin:

- lipsa de adresabilitate a femeii (decese materne la domiciliu);
- lipsa urmăririi active a gravidei;
- temporizarea intervenției din cauza absenței unei echipe de gardă complete, formată din medic ginecolog, ATI, neonatolog, ambulanță proprie.
- internarea în spitale fără competență care ține de dotare, de transport, de echipa de gardă.

Ca priorități ale sistemului sanitar în acordarea de servicii medicale în domeniul sănătății femeii, amintim:

- educația generală a populației pentru o viață sănătoasă;
- integrarea furnizării serviciilor de sănătate a reproducerii în asistența primară;
- identificarea şi urmărirea gravidelor, indiferent de statutul de asigurat;
- regionalizarea asistenței obstetricale şi neonatale;
- creşterea eficienței răspunsului la urgențe, mai ales pentru zonele rurale;
- îmbunătățirea infrastructurii locale, în domeniul comunicațiilor şi a transportului de urgență;
- pregătirea specifică a cadrelor medii şi a celor superioare pentru situațiile de urgență obstetricală;
- supravegherea stării de sănătate a populației din zonele rurale în care nu există medic, din zonele greu accesibile din cauza particularităților geografice sau cu condiții grele de muncă;
- crearea unei rețele de asistență medicală comunitară pentru a interveni în îmbunătățirea stării de sănătate a grupurilor defavorizate (mamă, copil), în

special în zonele rurale neacoperite de medicul de familie.

5.5.1.2.8. Mortalitatea infantilă

Este definită ca fenomenul demografic al deceselor 0-1 an înregistrate în populația de născuți vii într-o anumită perioadă de timp (un an calendaristic).

Datorită faptului că studiază decesele 0-1 an, poate fi tratată ca un aspect particular al mortalității specifice pe grupe de vârstă. Mortalitatea infantilă este un indicator sensibil al stării de sănătate a populației, fiind influențat de factori sociali, economici, de mediu şi de factori care țin de sistemul de servicii de sănătate. Estimări făcute în România în ultimii ani, arată că probabilitatea de deces în primul an de viață este aproximativ egală cu riscul de deces pentru populația în vârstă de 60-65 ani. Dar, spre deosebire de populația vârstnică, unde mortalitatea este mai greu de influențat, asupra mortalității infantile se poate interveni mult mai eficient.

Unitatea statistică de observare este decesul 0-1 an.

Documentele purtătoare de informații sunt reprezentate de:

- certificatele medicale constatatoare ale decesului 0-1 an;
- fişele decesului 0-1 an.

Mortalitatea infantilă – indicatori de măsurare

Se poate realiza într-o **manieră transversală**, adică studiind mortalitatea infantilă dintr-un an calendaristic sau într-o **manieră longitudinală** – când studiul mortalității infantile se face pe o generație de născuți vii.

Cea mai frecventă modalitate de abordare a studiului mortalității infantile este cea transversală (studiul mortalității infantile într-un an calendaristic) cu următorii indicatori:

1. rata de mortalitate infantilă;
2. rata de mortalitate infantilă calculată pe:
   - sexe;
   - pe medii de reşedință (U/R), cu valori crescute în rural;

- pe grupe de vârstă (în funcție de vârsta de deces);
- pe cauze medicale de deces;

1. Rata de mortalitate infantilă (măsoară frecvența deceselor 0-1 an într-un an calendaristic)

$$\frac{Număr\ decese\ 0-1\ an}{Număr\ de\ născuți\ vii\ \ la\ 1\ iulie} \times 1000$$

Avantajul calculului acestei rate este reprezentat de simplitatea calculului.

Dezavantajul – rezultă din faptul că decesele 0-1 an dintr-un an calendaristic provin din născuți vii care aparțin a două generații diferite, astfel, în condițiile în care numărul de născuți vii variază de la un an calendaristic la altul, rata calculată nu mai corespunde realității, ea subestimând sau supraestimând intensitatea fenomenului (în aceste condiții, se recomandă ratele corectate de mortalitate infantilă; datele se introduc într-un grafic Lexis ce arată proveniența deceselor 0,1 an dintr-un an calendaristic).

2. Rata de mortalitate infantilă calculată pe:

a. sexe – măsoară frecvența deceselor 0-1 an în subpopulația de născuți vii de sex masculin sau feminin; se descrie o supramortalitate masculină şi pentru acest segment de vârstă.

b. grupe de vârstă – (**în funcție de vârsta la deces**)

A. Rata de *mortalitate neonatală:*

$$\frac{Număr\ decese\ \ 0-27\ zile}{Număr\ de\ născuți\ vii} \times 1000$$

care cuprinde două perioade:

1. rata de mortalitate neonatală precoce:

$$\frac{Număr\ decese\ \ 0-6\ zile}{Număr\ de\ născuți\ vii} \times 1000$$

2. rata de mortalitate neonatală tardivă:

$$\frac{Număr\ decese\ \ 7 - 27\ zile}{Număr\ de\ născuți\ vii} \times 1000$$

B. Rata de *mortalitate postneonatală*:

$$\frac{Număr\ decese\ \ 28 - 364\ zile}{Număr\ de\ născuți\ vii} \times 1000$$

Justificarea acestor indicatori constă în variabilitatea riscului de deces al copilului sub un an, în funcție de grupa de vârstă, precum şi de cea a cauzelor care determină producerea decesului la diferite vârste în intervalul 0-1 an.

Astfel, perioada neonatală este dominată de o cauzalitate endogenă: afecțiuni respiratorii, digestive, cardiovasculare, congenitale, prematuritate.

Pentru mortalitatea neonatală precoce, cauzele de deces sunt: hipoxie, anoxie, malformații congenitale, prematuritate, leziuni obstetricale.

Mortalitatea postneonatală este dominată de o cauzalitate exogenă: afecțiuni respiratorii, boli infecțioase, accidente în mediul casnic, boli digestive, boli ale sistemului nervos central, boli ale organelor de simț.

În România, majoritatea deceselor în intervalul 0-1 an se produc după prima lună de viață, cea mai frecventă cauză reprezentând-o afecțiunile respiratorii, accidente în mediul casnic, multe decese producându-se la domiciliu.

Pentru țări al căror standard de viață este ridicat, majoritatea deceselor sub un an se produc în prima lună de viață, având drept cauză anomaliile congenitale.

C. Rata de *mortalitate perinatală*:

$$\frac{Număr\ născuți\ morți + număr\ decese\ 0 - 6\ zile}{Număr\ de\ născuți\ vii} \times 1000$$

D. Mortalitatea infantilă pe cauze medicale de deces:

$$\frac{Număr\ decese\ \ 0 - 1\ an\ de\ cauză\ X}{Număr\ de\ născuți\ vii\ \ din\ acea\ \ perioadă} \times 1000$$

Cele mai frecvente cauze pentru anul 2000 sunt reprezentate de bolile respiratorii, cauze perinatale, malformații congenitale, boli infecto-parazitare.

De asemenea, se poate calcula letalitatea (indice de structură) pe cauze medicale de deces şi grupe de vârstă.

Factorii de risc ai mortalității infantile

Mortalitatea infantilă este un indicator demografic cu determinism plurifactorial, care oferă date privitoare la standardul de viață al unei societăți. Pentru a scădea mortalitatea infantilă într-un teritoriu, este necesar să fie identificați principalii factori de risc.

Aceştia se clasifică în:

1) Factori endogeni care ţin de mamă

- vârsta mamei (sub 19 ani şi peste 35 ani);
- paritatea (risc crescut pentru primul nou-născut);
- avorturi în antecedente;
- caracteristicile fizice ale mamei care se referă la talie şi greutate (talia mai mică de 150 cm, greutatea mai mică de 45 de kg);
- patologie generală: diabet, boli cardiovasculare, tuberculoză, afecțiuni respiratorii în primul trimestru de sarcină;
- patologie obstetricală – toxemia gravidică;
- accidente în timpul naşterii – *placenta praevia*.

2) Factori endogeni care ţin de copil

- sexul masculin;
- rangul născutului;
- greutatea mică la naştere;
- vârsta (primul trimestru)
- handicapuri biologice: malnutriția protein-calorică, anemie, malnutriție, rahitism, malformații congenitale, indice APGAR mic la naş-

tere, infecții.

3) Factori exogeni

- intoxicații;
- accidente;
- factori de mediu;
- asistența medicală adresată mamei şi copilului.

4) Factorii care ţin de familie

- familia dezorganizată;
- familia cu domiciliu instabil;
- starea civilă a mamei (mama necăsătorită);
- alimentația incorectă (calitate, cantitate);
- venitul familiei;
- condiții de locuit necorespunzătoare (locuință insalubră);
- nivelul de educație scăzut al mamei;
- promiscuitate;
- vagabondajul;
- existența de bolnavi cronici în familie;
- familia în primul an de căsnicie datorită experienței scăzute în a creşte un copil.

5) Factori demografici

- planificarea familială (mortalitate infantilă crescută pentru copiii care nu sunt dorițI);
- variații în evoluția natalității şi a fecundității.

6) Factori economico-sociali şi de mediu

Se consideră că în modelul de mortalitate, serviciile de sănătate intervin

cu o pondere de 10%.

Mortalitatea infantilă în România

Până în 1947, nivelul mortalității infantile în România avea valori foarte mari – 200 decese 0-1 an la 1000 de născuți vii. Urmează o perioadă de scădere, pentru ca în 1965 să ajungă la cel mai scăzut nivel de până atunci (44,1‰).

Datorită legislației pronataliste adoptate prin Decretul 770/1965, se înregistrează după această dată o creştere a mortalității infantile, corelată şi cu o creştere a natalității.

Începând cu 1970, când valoarea a fost de 49,4‰, în evoluția ratei de mortalitate infantilă se înregistrează o tendință de scădere pentru a ajunge, în 1990, la 26,9‰. Tendința de scădere a continuat şi după 1990, pentru a ajunge în 2001 la un nivel de 18,4‰, nivel care situează România pe unul din ultimele locuri din Europa.

În profil teritorial, valori mari ale mortalității infantile s-au înregistrat în județele: Ialomița (29,5‰), Botoşani (27,4‰) şi Iaşi (25,5‰).

Valori ale mortalității infantile mai mici decât media pe țară s-au înregistrat în județele: Harghita (12,7‰), Vâlcea (11,8‰), Cluj (11,1‰).

În timp ce, în România, majoritatea deceselor se produc după prima lună de viață, având drept cauză de deces afecțiunile respiratorii, accidentele în mediul casnic, cauzele perinatale, pentru țări cu standard ridicat de viață, majoritatea deceselor în intervalul 0-1 an se produc în prima lună de viață, cauza cea mai frecventă reprezentând-o malformațiile congenitale.

5.5.1.2.9. Mortinatalitatea

Este proporția născuților morți raportată la totalul de născuți vii + născuți morți.

$$\frac{Număr\ născuți\ morți}{Număr\ de\ născuți\ vii + născuți\ morți} \times 1000$$

Unitatea de observare este *născutul mort*, care este definit ca fiind reprezentat de absența semnelor de viață pentru un produs de concepție ce provine dintr-o sarcină a cărei vârstă este mai mare de 28 săptămâni, are o talie mai mare de 35cm şi o greutate mai mare de 1000g.

În România, mortinatalitatea a avut o valoare de 5,8 la 1000 de născuți vii + morți. (2001)

În profil teritorial, valori mari de mortinatalitate s-au înregistrat în județele: Satu Mare (10,1‰), Mehedinți (10,1‰), Neamț (9,4‰).

Valori mici ale mortinatalității s-au înregistrat în județele Brăila (1,5‰), Dolj (1,4‰).

5.5.1.2.10. Mortalitatea 1-4 ani (mortalitate primei copilării)

Decesele 1-4 ani sunt înregistrate de către indicatorul demografic numit „mortalitatea 1-4 ani" sau „mortalitatea primei copilării" şi nu sunt incluse în indicatorul de mortalitate generală.

Mortalitatea 1-4 ani se calculează conform formulei:

$$\frac{Număr\ de\ decese\ 1-4\ ani}{Număr\ de\ copii\ 1-4\ ani} \times 1000$$

Este un indicator de evaluare a stării de sănătate a unei populații.

În țările cu un nivel scăzut al stării de sănătate, se înregistrează valori crescute pentru acest segment populațional.

Astfel, în România, perioada 1990-2001 se caracterizează printr-o tendință de scădere pentru această grupă de vârstă – 1990 (2,4‰), 2001 (0,8‰) – valoare considerată ridicată pentru o țară europeană, situându-ne pe locul patru în sens negativ în Europa, după Austria (0,29‰), Grecia (0,30‰), Spania (0,31‰).

Cele mai frecvente cauze de deces pentru mortalitatea 1-4 ani, în țările unde se înregistrează o mortalitate scăzută a primei copilării, o reprezintă accidentele, anomaliile congenitale şi tumorile. În țările unde mortalitatea primei copilării este crescută, drept cauze de deces sunt citate afecțiunile respiratorii şi

accidentele.

În România anului 2001, cele mai frecvente cauze de deces pentru grupa 1-4 ani au fost reprezentate de: accidente, leziunile traumatice, bolile aparatului respirator, anomalii congenitale, boli ale sistemului nervos, tumori, înregistrându-se o pondere crescută a deceselor 1-4 ani la copiii de sex masculin din mediul rural, aproximativ 44% din decese producându-se la domiciliu.

Slaba pregătire pentru **meseria** de părinte, lipsa unei preocupări serioase din partea familiilor pentru sănătatea propriilor copii, şi nu lipsa de timp este cauza nesupravegherii acestor copii, cum s-ar părea şi, implicit, de producere a deceselor pentru acest segment populațional vulnerabil.

5.5.2 Dinamica (mişcarea) migratorie a populației

Prin mişcare migratorie a populației se înțelege mobilitatea spațială şi geografică a populației care este însoțită de schimbarea definitivă a domiciliului stabil între două unități administrativ-teritoriale bine definite.

Există o **migrare externă (internațională)** – ce constă în schimbarea domiciliului stabil între două țări – şi o **migrare internă** – ce constă în schimbări definitive de domiciliu realizate în cadrul aceleiaşi țări.

Cea mai frecventă modalitate de migrare internă este cea de la sat la oraş (din mediul rural în mediul urban).

Mişcarea migratorie a populației constă în două fenomene cu caracter contrar: imigrarea şi emigrarea.

Indicele de imigrare

$$\frac{Număr\ de\ locuitori\ sosiți\ definitiv\ \ într\text{-}un\ an}{Număr\ de\ locuitori\ la\ 1\ iulie} \times 1000$$

Constă în stabilirea definitivă a unei persoane într-o anumită unitate administrativ-teritorială.

Indicele de emigrare

$$\frac{Număr\ de\ locuitori\ \ plecați\ definitiv\ \ într\text{-}un\ an}{Număr\ de\ locuitori\ la\ 1\ iulie} \times 1000$$

- Sporul (deficitul) migrator = Imigrare ‰ – Emigrare ‰
- Sporul migrator are o valoare pozitivă atunci când imigrarea este **mai mare** decât emigrarea.
- Sporul migrator are o valoare negativă atunci când imigrarea este **mai mică** decât emigrarea.
- Sporul (deficitul) total al populației este *sporul (deficitul) natural* ± *sporul (deficitul) migrator al populației*.
- Când mortalitatea este mai mare decât natalitatea, întâlnim un deficit de populație.
- Când mortalitatea este mai mică decât natalitatea, întâlnim un spor de populație.

Mişcarea migratorie prezintă consecințe asupra stării de sănătate a populației prin modificările care apar, legate de stilul de viață, comportamentul demografic, modificarea structurii familiei, a raporturilor dintre generații, etc.

În România, după revoluție, s-au înregistrat numeroase emigrări spre statele lumii puternic dezvoltate, oferind un standard de viață ridicat (aproximativ 100.000 de persoane în 1990).

De asemenea, în România au imigrat persoane provenite, în majoritatea lor, din Orientul Apropiat.

În România, deficitul total de populației în 2000 era de -0,9‰, înregistrându-se în profil teritorial un deficit în 27 de județe al țării, cum ar fi:

- Teleorman -6,6‰;
- Giurgiu -4,9‰;
- Arad -4,0‰;
- Dolj -2,4‰;
- Vrancea -3,9‰.

În județele din estul țării se remarcă un spor natural al populației, tot aici

înregistrându-se şi o natalitate crescută:

- Iaşi 1,5‰;
- Suceava 2,4‰;
- Vaslui 0,5‰;
- Bacău 1,2‰ ;
- Bistrița-Năsăud 1,9‰.

La nivel mondial, deficit de populației se întâlneşte în Bulgaria (-0,9‰); spor populațional fiind în:

- Rusia +0,2‰;
- China +1,0‰;
- Japonia +0,3‰;
- Israel +3,0‰;
- Austria +0,4‰;
- Italia +0,1‰.

CAPITOLUL 6

EDUCAȚIA PENTRU SĂNĂTATE ŞI PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII. MARKETINGUL SOCIAL – MODEL DE PROMOVARE A SĂNĂTĂȚII

6.1. Educația pentru sănătate: definiție, scopuri

Educația pentru sănătate reprezintă sistemul alcătuit din următoarele elemente:

- conştiința stării de sănătate;
- procesul de predare şi de învățare;
- participare.

În obiectivele programului lansat de către Organizația Mondială a Sănătății, „Sănătate pentru toți", educația pentru sănătate ocupă un loc important, fiind prima componentă a îngrijirilor primare de sănătate şi a prevenției.

Noțiunea de **educație pentru sănătate diferă de cea de educație sanitară**, care se referă la însuşirea şi aplicarea regulilor de igienă personală.

Educația pentru sănătate are următoarele scopuri:

- ridicarea nivelului de cunoştințe medicale în rândul populației, domeniile principale fiind cele de sanogeneză, protecția mediului şi prevenirea îmbolnăvirilor;
- formarea şi dezvoltarea în populație a unor deprinderi corecte, care să promoveze sănătatea;
- crearea unei poziții active față de sănătatea individuală şi față de problemele pe care le ridică sănătatea publică, în scopul implicării active a populației în promovarea sănătății.

Educația pentru sănătate reprezintă o modalitate de îmbunătățire a calității vieții, fiind, în acelaşi timp, o alternativă pentru sănătate a populației oferită acesteia în scopul adoptării, în anumite condiții, a unui anumit tip de comportament care să influențeze stilul de viață şi, implicit, să îmbunătățească starea de sănătate.

Conceptul de **cultură sanitară** face parte din cel de **cultură generală** şi include o serie de componente reprezentate de: cunoştințe, opinii, interese, atitudini; deprinderi, obişnuințe, comportamente şi conştiința; obiceiuri şi tradiții; prejudecăți şi superstiții, concepțiile şi practicile populației în domeniul sănătății.

Elementul fundamental al educației pentru sănătate îl reprezintă comunicarea, în care latura cognitivă, motivațională şi formativă joacă un rol important.

6.1.1. Latura cognitivă a educației pentru sănătate

Constă în comunicarea şi însuşirea de cunoştințe noi; domeniul cognitiv înseamnă „**a şti**”, însă gradul de informare a populației, cunoştințele care se referă la starea de sănătate, chiar dacă sunt doar asimilate, nu induc automat obişnuințe şi comportamente noi, cu influență pozitivă asupra stării de sănătate a indivizilor.

Însă, nici formarea unui anumit tip de comportament nu se poate realiza dacă nu sunt cunoştințe, adică fără existența, în prealabil, a unei informări corecte a populației.

Între cunoştințele dobândite şi obişnuințe, există o relație directă, în sensul că cei care sunt bine informați adoptă un comportament care este favorabil sănătății.

Totodată, numai cunoştințele singure, prin ele însele, nu reprezintă o motivație suficient de importantă pentru a produce modificări în comportamentul individului, decât atunci când sunt în conformitate cu nevoile şi interesele de grup.

Noile idei în problemele de sănătate sunt acceptate de populaţie numai dacă corespund intereselor acesteia şi modului de a gândi sau a trăi.

În recepţionarea mesajelor cu caracter educativ sanitar, obstacolul frecvent întâlnit este cel de **conformism social**, care, uneori, are o influenţă mai mare comparativ cu responsabilitatea individuală; astfel, există situaţii când unele păreri greşite, chiar dacă nu sunt împărtăşite personal de anumiţi oameni, sunt, totuşi, însuşite de aceştia pentru că reprezintă opinia majorităţii.

În probleme de sănătate, simpla informare nu numai că nu reuşeşte să producă un comportament adecvat, dar sunt situaţii când poate duce la un comportament cu totul opus.

De exemplu, pentru un anumit segment populaţional, cum ar fi cel al adolescenţilor, interdicţia poate produce curiozitate din partea lor, ducând în acest fel la o omitere intenţionată a ceea ce s-a recomandat.

În general, orice cunoştinţă care este comunicată într-un mod inadecvat, acţionează ca un contra-motiv al comportamentului pe care, de fapt, ar trebui să-l influenţeze.

În anumite probleme de sănătate, există situaţia când unii nu doresc să acţioneze în favoarea sănătăţii lor, cu toate că sunt bine informaţi referitor la pericolul producerii îmbolnăvirilor prin nerespectarea sfaturilor şi recomandărilor. Acest lucru se produce datorită motivaţiilor de ordin subiectiv, a rutinei obiceiurilor, pentru că, în probleme de sănătate, „**a şti**” nu presupune întotdeauna „**a face**”.

6.1.2. Latura motivaţională (psihologică) a educaţiei pentru sănătate

Se referă la a convinge populaţia privind necesitatea respectării măsurilor de prevenţie şi combatere a bolilor, promovând în populaţie un stil de viaţă sanogen.

Ceea ce un individ consideră că este „valoros” reprezintă un criteriu mult mai puternic în dirijarea atitudinilor şi comportamentului său decât informarea

în sine. Aceste valori sunt culese de la familie, din grupul căruia îi aparţine şi cu care doreşte să se identifice.

Dacă aceste valori sunt asemănătoare cu obiectivele acţiunilor educativ-sanitare şi nu reprezintă false valori care contravin intereselor reale ale individului, ele contribuie la însuşirea şi aplicarea regulilor de promovare a sănătăţii.

Crearea unei opinii colective favorabile în probleme de sănătate reprezintă o modalitate practică pentru ca fiecare membru al grupului să-şi însuşească cunoştinţe de sanogeneză.

Opinia este ceea ce se consideră sau se crede că este adevărat, adică aprecierea comună, generalizată de către oameni a diferitelor probleme concrete de viaţă, de sănătate, economice, politice, etc. Opinia are un rol important în determinarea comportamentului sanogen al populaţiei.

Atitudinea, spre deosebire de opinie, reprezintă o dispoziţie dobândită sau învăţată, orientată spre acţiune.

Dispoziţia spre acţiune poate fi de aprobare sau de respingere, modificându-se sub influenţa unor condiţii sociale în care educaţia ocupă un rol important.

Cercetările referitoare la educaţia pentru sănătate arată că atitudinile în materie de sănătate se testează prin opiniile şi cunoştinţele dobândite.

Însă, a transmite cunoştinţele corecte nu implică, neapărat, şi modificarea atitudinilor respective, decât atunci când informarea clarifică o situaţie faţă de care persoana respectivă nu are o interpretare clară.

De exemplu, la elevi, atitudinile se modifică atât prin însuşirea unor cunoştinţe noi, cât şi sub influenţa exemplului pe care îl are şcoala, familia şi anturajul.

În educaţia pentru sănătate, pentru a forma atitudini igienice este necesară identificarea cu modelele pe care le transmite şcoala, familia, anturajul, comunitatea.

Atitudinea are o componentă intelectuală şi una afectivă.

Atitudinile, însă, nu pot fi măsurate şi evaluate ca şi cunoştinţele, neexis-

tând o delimitare netă. De aceea, în cercetările referitoare la educaţia pentru sănătate, atitudinile se testează prin opiniile şi cunoştinţele dobândite de populaţie.

6.1.3. Latura formativă (comportamentală) a educaţiei pentru sănătate

Comportamentul sanogen reprezintă elementul cel mai discutat al educaţiei pentru sănătate, sub aspectul modalităţilor de influenţare. Pentru individ, comportamentul este un sistem de acţiune, care capătă o anumită apreciere morală, reprezentând maniera de a fi şi a acţiona a omului.

La baza obişnuinţelor stau deprinderile, însă elaborarea acestora nu este deloc uşoară, mai ales la vârstă adultă. De aceea, formarea comportamentului, a obişnuinţelor igienice trebuie începută încă din copilărie.

În însuşirea cunoştinţelor privind sănătatea, un rol important îl are motivaţia. Motivaţia de a aplica regulile de igienă în scopul apărării sănătăţii trebuie evitată pentru că tineretul, simţindu-se în plinătatea forţelor sale, este puţin dispus să adopte deprinderi sanogenice pentru un scop îndepărtat ca cel al păstrării stării de sănătate. Însă, noţiunea de sănătate ca mijloc de a realiza anumite dorinţe este înţeleasă de tineri, dând rezultate pozitive.

De exemplu, tinerii asociază problema sănătăţii cu concepte cum ar fi performanţele sportive sau capacitatea intelectuală. De aceea, în educaţia pentru sănătate a tinerilor nu trebuie să se vorbească în exces despre boli sau noţiuni de anatomie şi fiziologie care să fie complexe, pentru că acestea pot scădea interesul. Referirile ce se fac la modul de prevenire a îmbolnăvirilor trebuie să apeleze la dorinţa copiilor de a fi puternici, apţi pentru activitatea şcolară sau extraşcolară, în aşa fel încât să-i determine să-şi însuşească cunoştinţele şi să-şi formeze obişnuinţele necesare. Unele obiceiuri nesanogenice au o anumită semnificaţie în sistemul de gândire şi în scara valorică a individului, raportate la modelele socio-economice concrete.

De exemplu, obiceiul fumatului la tineri este raportat cel mai frecvent la modele care provin din mediul înconjurător şi numai prin modificarea opiniilor,

concepţiilor şi atitudinilor întregului grup se poate realiza adoptarea, de către individ, a unor obiceiuri sanogene devenite valori noi.

„**Materializarea**" comportamentului are loc atunci când se aplică cunoştinţele şi atitudinile la o situaţie concretă de viaţă. Astfel se poate vorbi despre comportamente observabile, de exemplu cele din mediul şcolar, dar şi despre comportament neobservabile, care nu pot fi urmărite decât prin investigaţii speciale (de exemplu, comportamentul sexual).

6.1.4. Metodele (mijloacele) educaţiei pentru sănătate

Metodele educativ-sanitare se referă la modalităţile în care mesajul este transmis de la emiţător (comunicator) la receptor.

Metodele educaţiei pentru sănătate se clasifică în funcţie de trei criterii:

- criteriul adresabilităţii;
- criteriul căilor de transmitere;
- criteriul relaţiei emiţător-receptor.

6.1.4.1. *Criteriul adresabilităţii*

În funcţie de acest criteriu se disting:

1) mijloace individuale: sfatul medicului, sfatul genetic, consilierea;
2) mijloace de grup: instructajul, lecţia, convorbirea de grup;
3) mijloace de largă informare: conferinţa, filmul, emisiunile radio-TV, tipăriturile.

Mijloacele individuale

Se adresează atât persoanelor sănătoase cât şi celor bolnave, consilierea pe anumite probleme, sfatul genetic reprezentând un astfel de exemple.

Mijloacele de grup

Se pot realiza cu un grup omogen în raport cu pregătirea generală, cum ar fi, de exemplu, şcolarii, sau cu un grup omogen în raport cu interesul faţă de

subiect – bolnavi cu o anumită boală.

Educatorul este cel care dialoghează cu participanţii sau participanţii dialoghează între ei.

Pentru a se realiza un climat de încredere între educator (lider) şi grup, trebuie respectate o serie de cerinţe:

- grupul trebuie să fie cât mai omogen, de preferat sub 15 persoane;
- discuţiile se vor desfăşura acolo unde oamenii se simt bine, fără a exista riscul de a fi întrerupţi;
- întrebările să fie deschise, stimulând discuţia;
- chiar dacă punctele de vedere sunt diferite, este recomandat să se respecte opinia fiecăruia;
- să se încurajeze punerea de întrebări;
- acolo unde este cazul, discuţiile trebuie să aibă un caracter confidenţial.

6.1.4.2. *Criteriul căilor de transmitere*

În funcţie de acest criteriu, mijloacele se împart în:

1. Mijloace auditive (verbale sau orale)
   - convorbirea individuală;
   - convorbirea de grup, conferinţa, radioemisiunea, lecţia, linia telefonică (serviciul de hot-line).
2. Mijloace vizuale în care:
   - cu rol dominant textul: timbre, lozinca, broşura, teletextul, formele beletristice, pliantele, foi volante, articole, reportaje în presă, folii-retroproiector;
   - cu rol dominant imaginea: afişul, harta, posterul, diapozitivul, pliantul, fotografii, expoziţia, cinematograful, internetul.
3. Mijloace audiovizuale:
   - filmul, emisiunea TV ,teatrul, demonstraţia practică, casete video, seriale artistice TV.

Mijloacele verbale sunt cele mai răspândite şi mai accesibile mijloace ale educației pentru sănătate; sunt ieftine, utilizate în toate situațiile şi nu necesită un buget special.

În funcție de reacția auditoriului, metoda verbală permite modificarea conținutului temei respective. Educatorul are posibilitatea să sesizeze manifestările ascultătorului (plictiseala, neînțelegerea problemei, etc.) şi să-şi modifice conținutul expunerii, intonația, vocabularul utilizat, în funcție de situație.

Metoda verbală are şi o serie de inconveniente, şi anume contactul lectorului cu auditoriul rămâne limitat doar pe durata expunerii, pe când o broşură, de exemplu, poate fi recitită de câte ori este nevoie.

Mijloacele scrise şi tipărite reprezintă literatura educativ-sanitară şi sunt mijloace (metode) ale educației pentru sănătate frecvent utilizate; reprezintă, de asemenea, un mijloc de informare dintre cele mai comode.

Adresabilitatea şi accesibilitatea sunt cele mai importante criterii care stau la baza elaborării materialelor educativ-sanitare şi care, în raport cu preocupările diferitelor grupe de cititori, determină eficiența şi eficacitatea mijloacelor educative de acest tip.

Mijloacele scrise sau tipărite au o accesibilitate mai mare atunci când limbajul utilizat este adecvat.

Mijloacele vizuale transmit cel mai bine mesajul, mai ales atunci când se adresează unui segment populațional cu grad scăzut de şcolarizare.

Pentru a transmite mesajul cât mai uşor, acestea trebuie:

- să nu fie prea încărcate;
- să fie clare; informația să fie corectă, concisă.

Mijloacele vizuale se clasifică în:

a. forme plane: albume, diapozitive, harta, panoul, afişul graficul, posterul, diafilmul, folii utilizate la retroproiector.
b. forme în relief (tridimensionale): mulajul, modelul, macheta, articole cu inscripții.

c. forme combinate: excursia, standul, concursul, expoziţia, colţul sănătăţii, demonstraţia practică, universitatea cultural-ştiinţifică.

6.1.4.3. *Criteriul relaţiei emiţător-receptor*

În funcţie de acest criteriu, metodele (mijloacele) educativ-sanitare se împart în:

1. Mijloace directe în care mesajul educativ-sanitar este transmis ca informaţie *nemediată* şi se adresează populaţiei sănătoase şi populaţiei bolnave deopotrivă.

a) pentru populaţia sănătoasă, mijloacele directe cuprind:

- instructajul sanitar la angajare;
- şcoala mamei, concursuri;
- cursurile de sanminim (pentru personalul din unităţile de frizerie, coafură, manichiură, pedichiură);

b) pentru populaţia bolnavă se disting:

- sfatul medicului, diferenţiat şi individualizat;
- consultaţia profilactică;
- convorbiri pe teme de alimentaţie.

2. Mijloace indirecte

Se adresează populaţiei generale şi cuprind: radioul, televiziunea, ziarele, revistele, casete, discuri, internet.

6.1.5. Comunicarea în educaţia pentru sănătate

Comunicarea reprezintă un proces de transmitere a informaţiilor sub forma unor mesaje simbolice, între două sau mai multe persoane, unele cu rol de emiţător, iar unele cu rol de receptor, transmiterea făcându-se prin intermediul unor canale specifice.

Modelul comunicării care-şi găseşte aplicabilitatea şi în domeniul educaţiei pentru sănătate, este o relaţie de tip binom, stabilită între doi parteneri, unul

fiind emițătorul (E), iar celălalt receptorul (R). Între cei doi poli, informația circulă codificată sub forma unui mesaj (M) – (Fig. 6-1). Comunicarea între cele două părți presupune **înțelegerea** de către receptor a mesajului transmis de emițător. Lipsa înțelegerii generează non-comunicare, mesajul nu mai este recepționat de elementul receptor.

Atunci când transmiterea se realizează numai dinspre emițător spre receptor, comunicarea este de tip **monolog**.

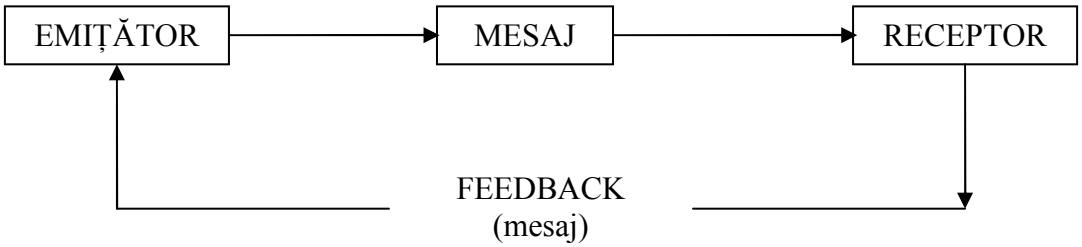


Fig. 6-1 – Schema comunicării totale

Sursa: Preluat din Managing Health Services Organizations, Rakich J., Longest B., Darr K.

Pentru ca randamentul educației pentru sănătate să crească fluxul de informație, trebuie ca mesajul să circule şi în sens invers, dinspre receptor (R) spre emițător (E), comunicarea transformându-se în **dialog**; atunci când între R şi E se stabilesc relații noi, cei doi, R şi E, devin **parteneri ai comunicării**. În receptarea mesajului comunicării pot interveni o serie de factori: apartenența socială a partenerilor, comportamentul psihic al celor implicați, capacitatea lor de a decodifica şi integra mesajul transmis, etc.

Codificarea se poate realiza verbal sau prin simboluri (imagini, acțiuni).

Decodificarea (interpretarea) mesajelor implică evaluarea perceptuală a conținutului mesajului dar şi a emițătorului.

Feedbackul arată dacă mesajul a fost înțeles aşa cum s-a dorit.

În concepția modernă, educația pentru sănătate este considerată cea mai ieftină formă de asistență medicală.

Astfel, corelația între determinanții stării de sănătate şi alocarea cheltuieli-

lor pentru sănătate (după R. Pineault), arată că sistemul de îngrijiri de sănătate consumă 90% din cheltuielile pentru sănătate, în timp ce cheltuielile adresate obiceiurilor de viață şi mediului ambiant, care pot fi influențate pozitiv prin educația pentru sănătate, nu reprezintă decât 1,5% şi, respectiv, 1,6%, însă contribuie semnificativ, în proporție de 62% la scăderea mortalității.

6.1.6. Bariere în comunicare

Acestea pot ține de:

- deosebirea socio-culturală între educator şi audient;
- receptivitatea scăzută a audientului (bolnav, obosit, lipsa de valoare pe care pacientul o dă sănătății);
- atitudine negativă față de personalul medical (neîncrederea în instituția respectivă);
- înțelegere limitată (dificultăți de limbă, utilizarea de jargoane, nivel de educație);
- mesaje contradictorii (ceea ce îi spune educatorul este diferit de ceea ce ştie de la familie şi şcoală);
- nesiguranța asupra conținutului mesajului;

Metode de depăşire a barierelor în comunicare:

- educatorul să vorbească rar şi concis pentru a fi sigur că mesajul a fost înțeles de interlocutori;
- să folosească un limbaj adecvat, mesajul transmis să fie clar şi simplu;
- în transmiterea mesajului, atitudinea şi gesturile educatorului au rol important (comunicarea non-verbală);
- să repete şi să accentueze noțiunile pe care le consideră importante sau care nu au fost înțelese de auditor;
- limbajul utilizat trebuie să convingă nu numai mințile ci şi sufletele celor care ascultă;

- pentru a putea convinge, mesajul transmis de educator trebuie să fie ascultat, înțeles, crezut şi, abia după aceea, urmat.

6.1.7. Educația pentru sănătate – tehnici utilizate

(*după Dan Enăchescu*)

Tehnica brainstorming – urmăreşte să mobilizeze participanții pentru găsirea unor soluții noi în probleme de sănătate; pentru identificarea unor nevoi.

Tehnica brainwriting – fiecare participant exprimă în scris, cât mai concis, ideile referitoare la o anumită problemă de sănătate sau modalitățile de modificare a unui comportament, aducând, în acest fel, modificări ale stilului de viață.

Tehnica grupului nominal – fiecare persoană îşi exprimă câte o idee legată de o anumită problemă de sănătate, iar educatorul grupează ideile comune;

Tehnica Delphi – metodă ce nu este folosită în mod special în educația pentru sănătate, când există mai multe runde de întrebări, rezultatele sunt preluate, iar răspunsurile sintetizate; rezultatul răspunsurilor se va trimite fiecărei persoane după fiecare rundă.

Totuşi, acumularea de cunoştințe în materie de educație pentru sănătate nu conduce întotdeauna, aşa cum ar fi de aşteptat, la adoptarea unui stil de viață favorabil sănătății. Printre factorii care împiedică valorificarea metodelor şi tehnicilor utilizate în educația pentru sănătate sunt şi cei care țin de populație, în sensul că mulți oameni se consideră sănătoşi, însă, în realitate sunt *aparent* sau *încă* sănătoşi, majoritatea oamenilor valorizând sănătatea atunci când o pierd, neinteresându-i măsurile cu caracter preventiv care se impun. Adoptarea unui stil de viață sănătos, atrage după sine modificări comportamentale la nivelul membrilor comunității ce vor adopta acel stil de viață.

Activitatea educaţională trebuie considerată un instrument pentru asigurarea unui echilibru armonios de viaţă şi nu drept interdicţie sau sfaturi cu caracter restrictiv.

Relaţiile interpersonale sunt indispensabile pentru menţinerea stării de sănătate a unei comunităţi, prin intermediul cărora se pot promova metode noi în educaţia pentru sănătate, mai ales pentru grupurile care au un risc crescut de îmbolnăvire.

6.2. Promovarea sănătăţii

Promovarea sănătăţii este un proces complex care dă posibilitate oamenilor să folosească toate mijloacele prin care îşi pot controla propria stare de sănătate, sau o pot influenţa îmbunătăţind-o.

Promovarea sănătăţii reuneşte o diversitate de discipline şi profesiuni care au realizat că este necesară o schimbare radicală, nu numai a stilului de viaţă al oamenilor, ci şi a condiţiilor în care aceştia trăiesc.

6.2.1. Principiile promovării sănătăţii

Principiile promovării sănătăţii enunţate în Carta de la Ottawa (1986), principii care acordă o importanţă mai mare sănătăţii şi nu bolii, sunt:

1. Promovarea sănătăţii implică populaţia ca un întreg, înlocuind conceptul vechi în care atenţia era îndreptată numai asupra grupurilor cu risc.
2. În promovarea sănătăţii sunt folosite diferite metode educative: de comunicare, de legislaţie, măsuri fiscale, deoarece s-a ajuns la concluzia că doar sectorul sanitar singur nu poate produce modificări ale stării de sănătate, îmbunătăţind-o.
3. Promovarea sănătăţii este orientată asupra determinanţilor stării de sănătate, adică: factorii biologici, de mediu, stil de viaţă, servicii de sănătate.
4. Promovarea sănătăţii se realizează doar dacă cunoştinţele dobândite la nivel de populaţie se transformă în comportamente, adică are drept scop de-

terminarea participării concrete a societății la promovarea sănătății

5. Rolul promovării sănătății este acela de a permite accesul tuturor la sănătate, sănătatea fiind o prioritate.

6.2.2. Promovarea sănătății - Obiective

Obiectivele privind „Sănătatea pentru toți" sunt, de fapt, standarde prin care se măsoară, pe de o parte, progresele făcute în ceea ce priveşte îmbunătățirea şi protejarea sănătății, iar pe de altă parte, măsoară progresele obținute în scăderea factorilor de risc cu impact asupra stării de sănătate a populației.

O serie de manifestări cu caracter internațional, cum ar fi cele care au avut loc la Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sundswall, au subliniat *importanța conceptului de promovare a sănătății*.

Programul OMS privind „Sănătatea pentru toți" – adoptat în 1985 – consideră ca şi priorități sănătatea şi un stil de viață sănătos.

Strategia generală de promovare a sănătății a fost formulată în Carta de la Ottawa în 1986 şi cuprinde cinci principii:

1. Construirea unei politici de sănătate publică

În care sănătatea ar trebui să fie elementul important pentru factorii de decizie, factori ce ar trebui să se implice în promovarea la nivel populațional a unor stiluri de viață sănătoase.

2. Crearea unui mediu favorabil sănătății

Mediile favorabile sănătății au atât dimensiuni fizice cât şi sociale. O strategie favorabilă în realizarea acestor medii trebuie să aibă în vedere întărirea sistemelor sociale, ce oferă un suport important împotriva fenomenelor ce au impact negativ (şomaj, instabilitate economică, etc.).

3. Dezvoltarea unor aptitudini personale

Se recomandă adoptarea unui stil de viață sănătos, o atenție deosebită dându-se reorientării educației pentru sănătate, în sensul creşterii responsabilității individuale şi a autocontrolului asupra propriei sănătăți şi vieți.

4. Implicarea comunităţii în acţiunile de promovare a sănătăţii

Promovarea sănătăţii se bazează pe dreptul fiecărei persoane de a-şi alege un stil de viaţă propriu, pe de o parte, iar pe de altă parte, se bazează pe responsabilitatea pe care o are societatea faţă de sănătatea propriilor semeni.

5. Reorientarea serviciilor de sănătate

Se consideră că educaţia pentru sănătate reprezintă o componentă a serviciilor oferite pacienţilor, în care prevenţia joacă un rol important.

Starea de sănătate a unei populaţii nu poate fi menţinută doar de sectorul sanitar, ci, în acţiunile de promovare a sănătăţii, intervin mai mulţi factori: sociali, politici, guvernamentali, economici.

Politica OMS „Sănătate pentru toţi în secolul 21" pentru regiunea Europeană îşi propune realizarea unui potenţial de sănătate pentru toţi indivizii prin:

- promovarea şi protejarea sănătăţii oamenilor de-a lungul întregii vieţi;
- reducerea incidenţei suferinţelor datorate principalelor boli.

Deşi aceste obiective coincid cu cele care există în politica globală „Sănătate pentru toţi în secolul 21", totuşi ele se adresează în mod special situaţiei existente în Regiunea Europeană. Pentru acest secol s-au formulat 21 de obiective.

Pentru implementarea „Sănătate pentru toţi în secolul 21" au fost alese 4 strategii principale de acţiune:

1. Strategii care se adresează determinanţilor stării de sănătate şi impactului pe care îl au aceştia asupra sănătăţii, strategii economice, culturale, sociale;
2. Programe ce au drept scop îmbunătăţirea stării de sănătate şi, respectiv, a investiţiilor necesare pentru a putea asigura îngrijirea bolnavilor şi, prin acest lucru, îmbunătăţită sănătatea.
3. Existenţa unui sistem integrat de îngrijiri primare, orientat spre comunitate şi familie, susţinut de servicii de sănătate flexibile, care să răspundă solicitărilor.
4. Implicarea parteneriatelor în procesul de promovare a sănătăţii: fami-

lie, şcoală, societate, loc de muncă, promovând legătura dintre luarea deciziei în probleme de sănătate, implementarea acesteia realizându-se cu o responsabilitate crescută din partea societății. Promovarea sănătății presupune o mai mare implicare din partea membrilor societății.

6.3. Marketingul social – model de promovare a sănătății

Termenul de *marketing social* a fost folosit pentru prima dată de către Kotler şi Zaltman în 1971. Acesta se referă la folosirea principiilor şi tehnicilor utilizate în marketing pentru a promova o cauză socială, o idee sau un comportament.

Creşterea poverii bolilor cronice şi infecțioase presupune concentrarea activității din domeniul sănătății publice către modificarea stilului de viață şi a comportamentelor individuale, îmbunătățirea condițiilor economice şi sociale, reformularea politicilor sociale, adică rolul sănătății publice este acela de a determina o schimbare socială.

Cei care lucrează în instituțiile din domeniul sănătății nu pot realiza singuri această schimbare pentru că trebuie acționat împotriva deteriorării condițiilor socio-economice sau a factorilor de risc cu influență negativă asupra stării de sănătate a populației.

Marketingul reprezintă *„activitatea umană îndreptată către satisfacerea nevoilor şi dorințelor printr-un proces de schimb”*.

În domeniul sănătății, marketingul se referă la satisfacerea nevoilor şi dorințelor legate de sănătate, promovând schimbarea la nivel de individ sau schimbul de programe sociale şi politici la nivel de societate. Acest lucru înseamnă că, prin activitatea sa, educatorul din domeniul promovării sănătății se ocupă de marketing, acesta reprezentând un model de promovare a sănătății la nivel comunitar.

În educația pentru sănătate, ideea de la care s-a pornit a fost aceea că, dacă oamenii primesc informații corecte privind propriile lor probleme de sănătate, aceştia şi le vor însuşi, îşi vor îmbunătăți cunoştințele şi, în acest mod, atitudini-

le, iar comportamentul lor se va schimba.

Scopul marketingului social este acela de a induce *schimbarea voluntară a comportamentelor.*

În educaţia pentru sănătate, problema cea mai importantă nu este ignoranţa, ci cea de a avea o motivaţie atunci când se produce o modificare a unui comportament. Marketingul social încearcă să influenţeze comportamentul unor grupuri sau chiar al unei societăţi, şi nu al unor indivizi; a apărut datorită faptului că s-a constatat că, de cele mai multe ori, campaniile publicitare de informare a populaţiei în probleme de sănătate nu aveau succes, pe când publicitatea care se făcea la produsele comerciale era încununată de succes.

Hyman şi Sheatley (1947) au investigat cauzele insuccesului campaniei de informare a populaţiei, formulând următoarele concluzii:

1. Un grup de persoane care nu ştiu nimic nu poate fi influenţat numai prin campanii de publicitate.
2. Probabilitatea existenţei unui răspuns individual creşte dacă audienţa este, în prealabil, interesată de acel subiect. Atunci când subiectul abordat nu este interesant, un număr mic de persoane vor răspunde acelei solicitări.
3. Receptivitatea la informaţii noi primite creşte, dacă acestea sunt în acord cu atitudinile lor. Oamenii evită informaţiile care nu le fac plăcere.
4. Oamenii înţeleg diferit informaţia pe care o primesc în funcţie de valorile lor personale; pentru acelaşi tip de informaţii, oameni diferiţi reacţionează în mod diferit.

Publicitatea comercială are drept principiu de bază canalizarea unor atitudini şi comportamente care există cu adevărat, în mod real, în populaţie.

Marketingul are succes în vânzarea produselor. Publicitatea la produse nocive pentru organism (ex., ţigări) a dus la efecte deosebite în ceea ce priveşte comercializarea lor.

Atunci când se făcea reclamă la produsele nocive, promovarea sănătăţii a

intrat în competiție cu marketingul de tip comercial. A apărut, în felul acesta, nevoia de a prezenta informații diferite despre unul şi acelaşi produs.

Există diferențe între marketingul social şi cel comercial (după Yolande Coombs):

1) Marketingul social nu are drept scop final obținerea unui profit financiar;
2) Mecanismul schimbării nu este financiar (de exemplu, nu trebuie să plăteşti pentru a renunța la fumat);
3) Produsul marketingului social nu este un produs tangibil. În mod tradițional, produsul de marketing a fost conceput ca un produs tangibil, care are un anumit preț, apoi marketingul s-a extins, în categoria produselor intrând şi componente mai puțin tangibile, cum ar fi serviciile oferite populației.
4) Produsul, în marketingul social, este heterogen (contradictoriu), adică nu toată populația recepționează identic acelaşi mesaj.
5) Marketingul comercial nu trebuie să facă față unor mesaje contradictorii.
6) Mesajele, în marketingul social, nu sunt valide decât atunci când sunt strâns legate de nivelul de cunoştințe ale individului la un moment dat.

6.3.1. Componentele unui marketing social (după Lefebre şi Flora)

1. Orientarea către consumator

Pentru a asigura o comunicare eficientă, specialistul în promovarea sănătății trebuie să înțeleagă şi să vadă lumea din punctul de vedere al consumatorului, să-i cunoască comportamentul şi percepțiile.

2. Schimbul voluntar

Reprezintă un element important al marketingului social. Atunci când ne referim la marketingul comercial, prin cumpărarea unui anumit produs, oamenii

doresc o schimbare, de exemplu o creştere a stării de confort. Acest lucru a reprezentat un punct slab în educaţia pentru sănătate, care oferea, de multe ori, mesaje negative.

3. Analiza grupurilor ţintă (segmentarea pieţii)

Se referă la definirea profilului demografic social şi comportamental (distribuţia pe grupe de vârstă, pe sexe, pe grupuri etnice şi religioase; nu toţi indivizii au aceleaşi atitudini, nevoi). Analiza pieţii oferă o privire de ansamblu asupra grupului ţintă, după care, acest grup este segmentat în *pieţe-ţintă (grupuri-ţintă)* omogene, cu caracteristici diferite şi care necesită strategii diferite de comunicare şi marketing.

Pentru fiecare din grupurile ţintă, se va identifica *ce dorim să ştie, să gândească* sau *să realizeze* în materie de sănătate.

Profilul populaţiei-ţintă va fi definit demografic, comportamental şi social, arătând ce comportament dorim să-l schimbăm. Informaţia va fi repartizată în funcţie de două aspecte:

- cei care au adoptat comportamentul;
- cei care nu l-au adoptat.

4. Cercetarea pieţii

Are rolul de a permite specialistului în promovarea sănătăţii să gândească aşa cum gândeşte populaţia căreia i se adresează. Metodele folosite în cercetarea pieţii sunt studiile clasice, studiile tip focus grup.

5. Canalele de comunicare

Reprezintă acţiuni ce au drept scop informarea, lămurirea şi motivarea pentru introducerea schimbărilor comportamentale. Reprezintă instrumentul prin care un produs este promovat.

Se adresează unei audienţe largi, se desfăşoară pe un interval mare de timp (ex., campania de luptă împotriva drogurilor). Cele mai utilizate canale de comunica-

re sunt radioul, televiziunea, reviste, ziare.

6. Marketing mixt

Marketingul presupune realizarea *unui produs adecvat, la un preţ adecvat, în locul adecvat, prezentat într-o manieră adecvată,* în scopul de a satisface nevoile consumatorului.

Deci, *marketingul mixt* este complexul format din *produs, preţ, loc, promovare*.

7. Urmărirea şi evaluarea procesului de marketing

Această parte componentă a marketingului ne ajută să vedem dacă programul a fost bine implementat, dacă obiectivele pe care ni le-am propus au fost atinse.

8. Managementul (punerea în practică)

Are rolul de a controla dacă fiecare etapă a marketingului social a fost realizată, creându-se condiţii, în felul acesta, de adoptare a unui produs. De exemplu, promovarea utilizării prezervativelor în rândul tinerilor trebuie să fie corelată cu existenţa prezervativelor pe piaţă, la un preţ accesibil.

Managementul în marketingul social implică mai multe aspecte.: stabilirea unui calendar, a bugetului şi alegerea furnizorilor.

CAPITOLUL 7

PROBLEMATICA MEDICO-SOCIALĂ A POPULAȚIEI VÂRSTNICE

7.1. Definirea vârstnicului, categorii de populație vârstnică

Populația vârstnică înregistrează în mod continuu o creştere absolută în totalul resurselor umane. Procesul de îmbătrânire a populației, prezent în toate țările dezvoltate se datorează, pe de o parte scăderii natalității şi a fertilității, iar pe de altă parte, scăderii mortalității generale dar, mai ales, a celei infantile cu consecințe asupra deplasărilor de structură pe grupe de vârstă a populației, în favoarea contingentelor vârstnice.

Conform aprecierii Organizației Mondiale a Sănătății, denumirea de **persoane de vârsta a treia** este mai potrivită decât cea de **persoane în vârstă** sau **bătrâne**, pentru că procesul de îmbătrânire este unul fiziologic, care începe în momentul concepției, fiind caracteristic fiecărei specii şi individ de-a lungul vieții, bătrânețea reprezentând ultimul stadiu al ontogenezei.

În stabilirea limitei de vârstă prin care o persoană este considerată vârstnică, se folosesc 2 criterii: cel biologic şi cronologic, criteriul cronologic fiind frecvent utilizat; ieşirea la pensie reprezintă debutul vieții vârstnice, vârsta de pensionare fiind un criteriu care variază de la o țară la alta. Astfel, în funcție de criteriul „**vârsta la pensionare**”, pentru bărbați, în România şi Italia aceasta este de 60 de ani, pentru țările scandinave este de 67 de ani. În România, vârsta de pensionare pentru femei este de 55 de ani, în Suedia de 65 de ani, în Elveția de 62 de ani, în Belgia de 60 de ani.

Adunarea Generală ONU recomandă următoarea clasificare a populației în funcție de vârstă:

- adulți – 45-59 ani;
- persoane vârstnice – 60-64 ani;
- persoane bătrâne – 65-90 ani;
- persoane foarte bătrâne > 90 ani.

Indiferent de criteriile de clasificare utilizate, ONU recomandă vârsta de 65 de ani drept limita de la care o persoană este considerată vârstnică.

Sunt descrise două aspecte ale îmbătrânirii:

- **îmbătrânirea individuală** – proces fiziologic specific înaintării în vârstă;
- **îmbătrânirea unei populații** – ce reprezintă creşterea ponderii populației vârstnice în totalul populației – **îmbătrânirea demografică**.

Importanța acordată acestui segment populațional este motivată nu numai de creşterea sa numerică ci şi de faptul că vârstnicii reprezintă o populație mare consumatoare de servicii medicale costisitoare şi, în consecință, este necesară organizarea de servicii adecvate, medicale şi sociale.

7.2 Îmbătrânirea populației – caracteristici demografice

La nivel mondial, numărul persoanelor în vârstă de 60 de ani şi peste a crescut de la 200 de milioane, în 1953, la peste 600 de milioane în ultimii ani, iar estimările făcute pentru perioada următoare arată că, în 2050, se va ajunge la 1,5 miliarde, adică la o creştere de 70% din populație pentru această grupă de vârstă.

Deşi proporția vârstnicilor atinge cele mai ridicate cote în țări ale OCDE (Organizația pentru Cooperare şi Dezvoltare Economică), şi în fostele țări socialiste de tranziție, majoritatea creşterii populației vârstnice se va regăsi în țările în curs de dezvoltare, mai ales în cele din Asia (potrivit prognozei Băncii Mondiale).

Majoritatea vârstnicilor trăiesc în țările sărace, care sunt şi cele mai populate, stare care se va accentua către 2030, când, mai mult de ¾ din vârstnicii lu-

mii, se vor afla în țările care sunt azi neindustrializate, mai mult de jumătate regăsindu-se în Asia şi mai bine de un sfert doar în China.

Îmbătrânirea populației arată că, de fapt, o populație activă mai puțin numeroasă va trebui să suporte tot mai mulți bătrâni. Îmbătrânirea este deja accentuată pentru țările OCDE şi se aşteaptă ca rapoartele de dependență ale populației să crească foarte mult, în mare parte în America Latină, Europa de Est, Asia Centrală şi China pentru următoarele decenii. În jurul anului 2050, doar Africa va fi încă **tânără**.

Țările în curs de dezvoltare vor avea profiluri demografice de vârstă înaintată, la nişte venituri pe cap de locuitor mult mai reduse, iar numărul vârstnicilor va fi enorm.

Cel mai bătrân continent este Europa, pentru care vârsta mediană a populației a fost şi se va menține de 1,4 ori mai mare decât cea pentru întreaga populație a planetei.

Cel mai tânăr continent, cu vârsta mediană la jumătate din vârsta Europei, este Africa.

7.3. Îmbătrânirea populației – metode de măsurare

Sunt utilizate mai multe metode de măsurare a procesului de îmbătrânire a populației:

1. Determinarea ponderii populației vârstnice din totalul populației;

2. Determinarea vârstei medii a populației;

3. Raportul dintre numărul vârstnicilor şi numărul copiilor;

4. Indicele de dependență, reprezentat de raportul dintre numărul persoanelor inactive şi numărul persoanelor de vârstă activă.

7.3.1. Determinarea ponderii populației vârstnice din totalul populației

Ponderea persoanelor vârstnice şi rata de îmbătrânire nu este aceeaşi în toate populațiile. Astfel, pentru țările puternic industrializate, populația în vârstă

de 60 de ani şi peste reprezintă 20% din totalul populației, pe când pentru țările în curs de dezvoltare, ponderea este de aproximativ 5% (Tabel 7-1).

Mai mult, vârsta cronologică diferă de vârsta funcțională, adică unii oameni pot lucra productiv până la vârsta de 70-80 de ani, în timp ce alții devin neproductivi mult mai devreme. O femeie de 45 de ani, de exemplu, ar putea fi considerată bătrână în Zambia, unde speranța de viață la vârsta de 15 ani este de 59 de ani, dar încă tânără în Japonia, unde speranța de viață pentru aceeaşi vârstă este de 83 de ani (Sursa: baza de date a Băncii Mondiale privind populația).

În procesul de îmbătrânire a populației existent la nivel global, creşterea ponderii populației vârstnice joacă un rol important, astfel încât, pentru țări cu un nivel scăzut de mortalitate şi fertilitate, sporul natural al populației, care va fi mic, nu va putea, singur, să susțină multă vreme creşterea populației.

Pentru o rată scăzută de fertilitate, scăderea mortalității, în mod deosebit a mortalității pentru populația vârstnică, va fi principalul factor care va contribui la creşterea populației şi, implicit, la îmbătrânirea acesteia.

Ponderea persoanelor a căror vârstă este de 65 de ani şi peste este în creştere pentru țările industrializate, cu tendința clară de a depăşi 20% în anul 2020 (Tabel 7-1).

De asemenea, estimările efectuate la nivel mondial de OMS, arată că aproximativ fiecare a patra persoană are vârsta de peste 75 de ani, 2/3 fiind reprezentate de femei.

Pe măsura înaintării în vârstă, datorită speranței de viață mai mare în rândul femeilor, alături de fenomenul de supramortalitate masculină, asistăm la **feminizarea îmbătrânirii**, fenomen în care ponderea populației feminine creşte pe măsura înaintării în vârstă, ajungându-se ca, în țările industrializate, raportul să fie de 70 de bărbați la 100 de femei, iar pentru persoanele longevive, de 44 de bărbați la 100 de femei.

Pentru țările în curs de dezvoltare, raportul dintre numărul femeilor şi cel al bărbaților este mai mic, fiind reprezentat, pentru grupa de vârstă 60 de ani şi peste, de 92 bărbați la 100 de femei; iar pentru grupa de vârstă de 80 de ani şi

peste de 70 de bărbați la 100 de femei.

Tabel 7-1 – Ponderea persoanelor cu vârsta de 65 de ani şi peste în unele țări ale lumii (2001)

Țara	Ponderea vârstnicilor (%)
Japonia	17,24
Italia	17,69
Franța	16,24
Bulgaria	16,02
Germania	15,88
Marea Britanie	15,77
Belarus	15,46
Ungaria	14,58
Cehoslovacia	13,77
România	13,04
SUA	12,43

Sursa: OMS 2002

De asemenea, va creşte ponderea populației de peste 60 de ani, în majoritatea zonelor lumii, valori crescute regăsindu-se în Europa.

Pentru majoritatea țărilor industrializate, se descriu valori crescute ale duratei medii a vieții (speranța de viață la naştere) cu diferențe pentru cele două sexe (Tabel 7-2).

Pentru anul 2025 se prognozează o dublare a ponderii populației vârstnice, atât pentru țările dezvoltate cât şi pentru cele în curs de dezvoltare.

Fenomenul de îmbătrânire demografică se evaluează cantitativ şi prin proporția persoanelor de 60 de ai şi peste din totalul populației. (Tabelul 7-3)

Tabel 7-2 – Speranța de viață la naştere în țări industrializate (2001)

Țara	Speranța de viață la naştere (ani)	
	Bărbați	Femei
Australia	75,9	81,8
Japonia	77,9	84,7
Canada	76,6	81,9
Italia	76,2	82,2
Franța	75,6	82,9
Spania	75,3	82,6
Elveția	77,3	82,8
Anglia	75,1	79,9
SUA	74,3	79,5
Austria	75,9	81,8
Belgia	74,8	81,2

Sursa: Rapport sur la santé dans le monde, 2002, OMS

Tabel 7-3 – Ponderea persoanelor cu vârsta de 60 de ani şi peste în unele țări din Europa, în 2000

Țara	Ponderea vârstnicilor (%)
Japonia	23,2
Ungaria	19,7
Luxemburg	19,4
România	18,8

Sursa: Sursa: Rapport sur la santé dans le monde, 2001, OMS

7.3.2. Vârsta medie a populației

Structura pe vârste a populației din diverse țări este diferită.

Evoluția demografică va avea ca tendință dominantă îmbătrânirea populației. Acest aspect este pus în evidență de **creşterea vârstei mediane**, atât la nivel mondial, cât şi pe zone geografice.

Astfel, la nivel mondial, între 1950-1985, vârsta mediană a înregistrat o creştere de 0,1 ani;

- pentru perioada 1985-2025 se estimează o creştere de 7,7 ani;
- în țările dezvoltate al lumii, vârsta mediană a fost cu 4,8 ani mai mare în anul 1950, cu 9 ani mai mare în 1985, iar pentru anul 2025 se anticipează o diferență de 7,4 ani.

Pentru regiunile mai puțin dezvoltate ale lumii, datele arată o vârstă mediană care se situează cu 2,2-2,7 ani sub vârsta mediană pentru populația mondială a anului 1990, după care apare o diminuare a acestei diferențe până la 1,3 ani, pentru 2025.

Pentru anul 2025, pentru populația Asiei se prognozează o vârstă mediană de 21,9 ani, iar pentru celelalte zone geografice, acest indicator se apropie sau depăşeşte 30 de ani, iar în Europa chiar 40 de ani.

Pentru următorii 40 de ani se apreciază că proporția copiilor va scădea de la 21% la 18%, iar a persoanelor vârstnice se va mări la 25%.

Vârsta mediană a crescut puțin în intervalul 1950-1985, de la 30,5 ani la 33,9 ani. Pentru perioada următoare se prevede o creştere la 39,4 ani în anul 2010 şi la 40, 8 ani în anul 2025.

În concluzie, în Europa, îmbătrânirea populației s-a datorat atât creşterii numerice a populației vârstnice, cât şi a scăderii numărului de tineri.

În viitor, pentru regiunile dezvoltate, vârsta mediană va creşte la 38,6 ani în anul 2025, iar pentru țările mai puțin dezvoltate, poate ajunge la 30 de ani în anul 2025.

De asemenea, studiul comparativ al ritmurilor medii anuale de creştere a populației pe intervale de 25 de ani, pe grupe de vârstă cincinale în perioada 1950-2025, arată faptul că:

1. populația vârstnică înregistrează, pentru toate intervalele de timp, ritmuri mari de creştere;
2. valorile de creştere cele mai ridicate se înregistrează la persoanele ce au depăşit 80 de ani, acestea fiind de 3,39 în intervalul 1950-1975, 2,75 în in-

tervalul 1975-2000 şi 2,73 în intervalul 2000-2025, comparativ cu grupa de vârstă 25-29 ani, de exemplu, care, pentru intervalul 2000-2025, va creşte cu 0,85.

3. ritmurile aferente intervalelor examinate se măresc cu trecerea timpului, cu excepția grupelor de vârstă ce depăşesc 75 de ani.

7.3.3. Raportul dintre numărul vârstnicilor şi numărul copiilor

Este pus în evidență prin piramida vârstelor care reprezintă distribuția pe sexe şi grupe de vârstă a populației.

Procesul de îmbătrânire a populației se datorează, îndeosebi, scăderii natalității – **îmbătrânire de bază** – unde baza piramidei vârstelor se îngustează, adică ponderea copiilor este mică - şi mai puțin creşterii duratei medii a vieții pentru ambele sexe – **îmbătrânire de vârf** – în care piramida vârstelor este rotunjită spre vârf, din cauza numărului mare de vârstnici acumulați. Astfel, asistăm astăzi, în țările avansate, la fenomenul spectaculos al „**răsturnării piramidei vârstelor**”. Într-adevăr, scăderea natalității se înregistrează atât în țările dezvoltate economic cât şi în cele aflate în perioada de tranziție, cum ar fi cele din Europa de Est. În țările Europei de Est, cu o speranță de viață mai mică decât în Europa Occidentală, fenomenul de îmbătrânire a populației se produce prin îngustarea bazei piramidei (îmbătrânire de bază).

Pentru România, comparativ cu recensământul din anul 1992, populația în vârstă de 0-14 ani (populația tânără) a scăzut de la 22,7% la 17,6% la recensământul din 18 martie 2002. Ponderea populației adulte a crescut de la 60,9% în 1992 la 63,0% în 2002. Populația vârstnică (60 de ani şi peste) reprezintă 19,4% din totalul populației, comparativ cu 16,4% în 1992.

Îmbătrânirea demografică rezultată prin reducerea numărului persoanelor tinere, sub 15 ani, concomitent cu creşterea populației de peste 60 de ani, este mai accentuată la populația de sex feminin (21,7%).

Ponderea femeilor vârstnice (21,7%) este mai ridicată decât cea a popula-

ției masculine de aceeaşi vârstă (16,9%).

Fenomenul de îmbătrânire demografică este mai accentuat în mediul rural decât în cel urban.

(Sursa: Recensământul populației 2002 – Institutul Național de Statistică)

7.3.4. Indicele de dependență (raportul dintre numărul persoanelor inactive şi numărul persoanelor de vârstă activă)

Modificarea raportului între populația activă şi cea pasivă determină o creştere a proporției dependenților pe seama persoanelor adulte productive, fenomene cu consecințe de ordin medical şi socio-economic pentru familiei, comunitate şi societate.

Raportul de dependență a crescut în România de la 13 vârstnici ce reveneau la 100 de persoane de vârstă adultă în 1930, la 26% în 1990.

Recensământul din 2002 arată că, la 1000 de persoane adulte, reveneau 586 de persoane tinere şi vârstnice, față de 642 în 1992.

Tendința de evoluție a raportului de dependență arată că acesta va ajunge în 2025 la 32%.

Efectele pe care procesul de îmbătrânire le are asupra desfăşurării vieții economice şi sociale, cât şi asupra perspectivelor evoluției demografice sunt evidențiate şi de *raportul de dependență* (proporția între populația adultă (de 15-59 ani) şi populația sub şi peste aceste limite de vârstă).

În anul 2002 la 1000 persoane adulte reveneau 586 persoane tinere şi vârstnice, din care copiii sub 15 ani reprezentau mai puțin de jumătate (47,7%). Tendința de reducere în ultimul deceniu a acestui raport se datorează scăderii proporției copiilor care reveneau la 1000 persoane adulte (de la 373 în 1992 la 279 copii în 2002).

În schimb, proporția persoanelor în vârstă de 60 ani şi peste care reveneau la 1000 persoane adulte a crescut de la 269 la 307 persoane, ca urmare a procesului de îmbătrânire demografică.

Această situație se manifestă mai intens în cadrul populației rurale decât în cea urbană. Astfel, în 2002, în populația rurală, la 1000 persoane adulte reveneau 434 persoane vârstnice şi numai 347 persoane tinere, în timp ce în mediul urban raportul de dependență al populației tinere este aproximativ egal cu cel al populației vârstnice.

Aparent, evoluția raportului de dependență este favorabilă, prin scăderea de la 642 persoane dependente în 1992 la 586 în 2002.

Acest lucru, însă, se datorează scăderii în mai mare măsură a raportului de dependență a populației tinere, ceea ce va avea în perspectivă consecințe negative, dat fiind faptul că populația de 0–14 ani va face parte în viitor din populația adultă, în vârstă de muncă.

Tendința de creştere a numărului persoanelor vârstnice care revin la 1000 de persoane adulte generează o sarcină socială sporită pentru cei adulți, care trebuie să asigure întreținerea familiilor lor şi educarea tinerelor generații.

În 2002, la nivelul țării, numărul vârstnicilor (de 60 de ani şi peste) este mai mare decât cel al copiilor (de 0–14 ani), ceea ce indică o *situație demografică dezechilibrată*, în condițiile în care, în viitor, copiii vor fi cei care vor asigura reproducerea populației şi vor constitui viitoarele resurse de muncă. Acest dezechilibru se exprimă prin *indicele de îmbătrânire*, reprezentând numărul de vârstnici la 1000 de copii, care în 2002 a fost de 1098 persoane, față de 722 în 1992.

Aceeaşi situație se constată şi în cea mai mare parte a *județelor*, dezechilibrul fiind mai accentuat în Teleorman (cu 1768 vârstnici la 1000 de copii), Municipiul Bucureşti (cu 1457), Giurgiu (cu 1443), Buzău (cu 1363) şi Dolj (cu 1328).

Doar în 15 județe situația este inversă, numărul copiilor depăşindu-l pe cel al vârstnicilor – în Maramureş, Iaşi, Bistrița – Năsăud, Satu Mare, Suceava, Constanța, Bacău, Gorj, Vaslui, Galați, Sibiu, Covasna, Tulcea, Harghita, Braşov (indicele de îmbătrânire având valori cuprinse între 828 şi 992 vârstnici la 1000 de copii).

În anul 2002, se constată că procesul de îmbătrânire a populației s-a accentuat şi că ne confruntăm cu un dezechilibru demografic, neînregistrat în 1992, când atât pe total, cât şi în majoritatea *județelor* (mai puțin în Teleorman şi Giurgiu) numărul vârstnicilor era inferior numărului copiilor.

Cele mai mari ponderi ale copiilor în totalul populației le regăsim în județele Suceava, Vaslui, Botoşani, Bistrița – Năsăud, Bacău şi Iaşi (între 21,6 şi 20,1%), în timp ce în Municipiul Bucureşti găsim cea mai redusă proporție a acestora (12,6%). Cea mai mare pondere a populației adulte (15 – 59 ani) se constată în Municipiul Bucureşti, iar cele mai mici în Teleorman, Giurgiu şi Botoşani (între 56,7 şi 57,6%). În ceea ce priveşte populația în vârstă, proporții mai mari se observă în județele Teleorman (27,7%), Giurgiu (25,1%), Buzău (23,2%), Călăraşi (22,4%), Dolj şi Olt, fiecare cu câte 22,0%.

7.4. Caracteristicile socio-demografice ale populației vârstnice din România

Prin evoluția sa demografică, populația României se înscrie astăzi în aceste tendințe globale privind structura populației pe grupe de vârstă.

Dacă la recensământul din 1992, în România, din totalul populației înregistrate de 22,786 milioane locuitori, populația de 60 de ani şi peste reprezenta 16,4%, persoanele de 85 de ani, marii longevivi, o pondere de 6,3%, numărul de persoane centenare era de 257 de persoane, datele recente oferite de recensământul din martie 2002, referitoare la populația vârstnică arată că: ponderea vârstnicilor de 60 de ani şi peste a crescut, fiind de 19,4% în 2002.

La ultimul recensământ, din 2002, s-au înregistrat 310 persoane centenare, din care 288 erau femei, îmbătrânirea demografică fiind mai accentuată în rural decât în urban.

În plan teritorial, cel mai mare indice de îmbătrânire pe provincii istorice se întâlneşte în Oltenia (18,1%), urmată de Muntenia (17,6%); cel mai mic indice de îmbătrânire înregistrându-se în Dobrogea (12,2%): pe grupuri etnice, evreii, armenii şi grecii au ponderea cea mai mare de vârstnici, iar etniile cele mai

tinere sunt reprezentate de rromi şi turci.

Numărul de pensionari cu asigurări sociale de stat la 31 decembrie 2001 era de 4.512.356 locuitori.

Distribuția populației pe grupe de vârstă la 1 iulie 2001 era următoarea:

- 60-64 ani - 1.177.981 persoane
- 65-69 ani - 1.099.482 persoane
- 70-74 ani - 904.691 persoane
- 75-79 ani - 626.576 persoane
- 80-84 ani - 245.859 persoane
- 85 ani şi peste - 177.495 persoane

7.5. Îmbătrânirea populației – consecințe medicale şi psiho-sociale

7.5.1. Consecințe medicale

Persoanele în vârstă reprezintă un grup populațional vulnerabil, cu risc crescut de îmbolnăvire, în rândul căruia modificările produse de vârstă duc la creşteri importante de morbiditate şi invaliditate.

Importante consecințe generează îmbătrânirea populației în planul asistenței medicale şi al protecției sociale pentru populația vârstnică, grupul populațional cel mai numeros ca adresabilitate, în rândul căruia se face tranziția de la patologia infecțioasă specifică populației tinere, la o patologie cronică, degenerativă, a vârstelor înaintate.

Polimorbiditatea populației vârstnice, dominată de boli cronice şi degenerative, generează probleme noi şi dificile privind asistența medicală şi cea socială, determinând, astfel, un consum crescut de îngrijiri medicale şi sociale de specialitate, studiile efectuate arătând că fiecare vârstnic are, în medie, 2-3 afecțiuni cronice.

Patologia cardiovasculară, urmată de cea neuro-vasculară-psihică, dețin ponderea cea mai importantă a gero-morbidității, după care urmează afecțiunile

respiratorii cronice (BPOC), boli de nutriție (diabet, obezitate), tulburări ale aparatului locomotor (artroze, artrite, fracturi de şold, de coloană vertebrală, osteoporoza care apare frecvent la această vârstă şi care duce la creşterea riscului producerii fracturilor prin cădere la femei (40%), comparativ cu bărbații (13%)); estimările făcute arată că, odată cu instalarea menopauzei, datorită modificărilor endocrine, osteoporoza afectează una din trei femei. De asemenea, problemele de incontinență, frecvente pentru această vârstă, afectează calitatea vieții vârstnicului.

În ansamblul morbidității generale a vârstnicului, tulburările neuropsihice joacă un rol important, fiind reprezentate de: demență, a cărei rată va creşte semnificativ în 2020, ajungând la 45%, tulburări de anxietate, comportament, depresie, boala Alzheimer. Problemele ridicate de diagnosticarea afecțiunilor pentru această populație sunt reprezentate de:

- tendința de supra-diagnostic, ceea ce determină un consum medical crescut;
- serviciile medicale primare, care se bazează pe adresabilitatea persoanelor vârstnice, subevaluează morbiditatea;
- serviciile medicale primare cunosc doar 50-60% din problemele de sănătate al vârstnicilor, pentru că acestea depind de gradul de adresabilitate şi accesibilitate fizică (prezența unor defecte sau incapacități).

Dat fiind multiplele probleme medicale pe care le ridică acest segment populațional, se impune realizarea unui program de asistență medicală accesibil din punct de vedere financiar, care să acopere nevoile medicale complexe ale vârstnicilor.

Pentru țările dezvoltate economic, cele mai frecvente cauze de morbiditate pentru populația vârstnică sunt: căderi şi fracturi consecutive, tulburări auditive şi vizuale, demență senilă, probleme legate de incontinență.

Mortalitatea persoanelor vârstnice

În rândul persoanelor vârstnice, rata de mortalitate este crescută, ştiindu-

se că probabilitatea de deces creşte odată cu înaintarea în vârstă.

Pentru populația vârstnică, cauzele de deces diferă de cele înregistrate în populația generală.

Astfel, pentru România, cele mai frecvente cauze de deces în populația generală sunt reprezentate de bolile cardiovasculare, urmate de tumori şi bolile respiratorii, iar în populația vârstnică, principalele cauze de deces sunt reprezentate de: bolile cerebro-vasculare, bolile circulației pulmonare, cardiopatiile ischemice, hipertensiunea arterială, bronşita cronică. (Sursa: Dan Enăchescu, M. Gr. Marcu – *Sănătate publică şi management sanitar*, Edit All, Bucureşti, 1997).

De asemenea, s-a constatat că singurătatea, izolarea, sentimentul de inutilitate cresc riscul de mortalitate pentru această grupă de vârstă, mai ales în primii cinci ani după pensionare.

7.5.2. Consecințe psiho-sociale

Problemele pe care le ridică populația vârstnică nu sunt numai medicale ci şi de ordin social, psihologic, juridic, etic.

De aceea, este necesară o abordare multidisciplinară a populației vârstnice. Considerați frecvent **un grup marginalizat social**, ajutorul acordat acestora ar trebui să reprezinte o necesitate şi nu un lux, dându-le posibilitatea de a avea acces la o asistență medicală şi socială de eşalon superior.

Una dintre cele mai importante probleme de ordin social o reprezintă cea a modalităților de asigurare a **calității vieții vârstnicului**. Tendința care se manifestă astăzi în majoritatea țărilor ce se confruntă cu procesul de îmbătrânire demografică este acela de a se evita, pe cât posibil, internarea vârstnicului în spital sau cămine de bătrâni, prin asigurarea condițiilor de viață la domiciliul acestora, chiar în absența adulților susținători, accentul punându-se pe solidaritatea între generații.

O altă problemă socială cu care se confruntă vârstnicii, o reprezintă scăderea sau pierderea în totalitate a autonomiei, în aşa fel încât, aceste persoane de-

venind dependente, au nevoie de îngrijiri speciale, de servicii sociale şi medicale de specialitate acordate în mod continuu, supravegherea lor devenind dificilă atunci când sunt singuri sau abandonați de familie.

Veniturile modeste sau absența lor determină imposibilitatea acestor persoane de a beneficia de o asistență medicală adecvată.

Gerontologii, în marea lor majoritate, sunt de acord în ceea ce priveşte vârstnicii, de faptul că aceştia trebuie păstrați cât mai mult în familie, în ambianța şi anturajul în care au trăit.

Atunci când acest lucru nu este posibil, se preferă instituțiile cu caracter mai rigid, în care putem planifica şi controla dificultățile legate de subzistență (locuință, hrană, securitate, asistență medicală) sau apelăm la **forma de ajutor la domiciliu** care nu are în totalitate aceste avantaje, în schimb oferă mai mult confort psihic. O altă problemă socială care, în acelaşi timp, reprezintă o realitate dureroasă a zilelor noastre este reprezentată de comportamentul abuziv fizic şi psihologic adresat vârstnicilor, semnalat în toate țările, mai frecvent, însă, în țările sărace sau aflate în perioada de tranziție, deoarece aici, respectarea drepturilor omului şi măsurile de protecție sunt ineficiente sau nu sunt deloc respectate.

Bătrânii din zilele noastre devin, din ce în ce mai mult, victime ale abuzurilor semenilor lor: abuzuri fizice, verbale, sunt şantajați, intimidați, nu li se acordă îngrijirea necesară, nu li se respectă drepturile.

Cea mai intolerabilă situație este cea a bătrânilor părăsiți de **copiii** lor, care au o bună sau suficientă stare materială. De multe ori, situația economică sau precară a celor care ar trebui să-i ocrotească, în primul rând copiii, duce la privarea abuzivă de bunuri personale, cel mai frecvent de locuință, urmată de abandonarea bătrânului, locuința reprezentând o miză tot mai căutată.

Ministerul Sănătății şi Familiei precum şi Casa Națională de Asigurări Sociale de Sănătate ar trebui să analizeze câți vârstnici au fost internați în spitale după ce au fost deposedați de propriile locuințe şi nu pot fi externați pentru că nu mai au unde se duce.

În felul acesta, spitalul se întoarce, cel puțin în parte, la funcțiile sale pri-

mare, de adăpost pentru săraci, la **funcția aziliară a spitalului**.

De asemenea, este frecvent întâlnită ca formă de abuz, **abandonarea în spital** (fenomen ce există în toate tipurile de spital, dar care are dimensiuni importante într-un spital de geriatrie). Cel mai frecvent se întâlneşte **refuzul externării** din partea familiei, bolnavul fiind „**uitat**" în spital; **abuzul de neglijență** – când nu sunt îngrijiți; **semi-abandonul** – când aparținătorii evită externarea şi preluarea bătrânului în familie; în ultima vreme a apărut o nouă formă de abandon, reprezentată de abandonul de către familie a persoanei decedate, fiind invocate ca şi motive: relațiile tensionate între membrii familiei şi lipsa posibilităților materiale.

7.6. Tipuri de servicii medico-sociale destinate vârstnicilor

Creşterea ponderii populației vârstnice în totalul populației pentru viitorii ani, impune organizarea unei game variate de servicii medicale cu caracter specific. Dar serviciile medicale adresate vârstnicilor, fiind foarte costisitoare, iar resursele lor financiare reduse, se preferă păstrarea cât mai mult timp a acestora în propriile familii.

Experiența altor țări în domeniul ofertei de servicii destinate vârstnicilor prezintă o serie de caracteristici comune:

- flexibilitatea modului de satisfacere a nevoilor sanitare pentru populația vârstnică;
- menținerea vârstnicului cât mai mult în spațiul propriu;
- spitalizări la domiciliu;
- diversificarea formării personalului;
- deplasarea ponderilor îngrijirilor din familie în comunitate.

Pentru țările dezvoltate economic se caută soluții optime de îmbunătățire a calității vieții vârstnicilor, o alternativă fiind aceea de a construi locuințe adecvate necesităților vârstnicilor, oferindu-le acestora un stil de viață compact (serviciile medicale, sociale şi locuința să se afle la distanță mică între ele, pentru a permite deplasarea).

Instituțiile specializate în îngrijirea persoanelor vârstnice se pot grupa în două categorii:

1. *cu caracter permanent*

- căminul de bătrâni pentru persoanele vârstnice valide;
- cămine-spital – pentru persoanele dependente fizic şi care se găsesc în imposibilitatea de a se îngriji singure sau de membrii familiei căreia îi aparţin.

2. *cu caracter temporar*

Această categorie cuprinde instituții de genul cluburilor de zi (centru de zi), centru de noapte, unde persoanele vârstnice beneficiază de servicii medicale sau cu caracter social.

3. *servicii de îngrijire la domiciliu (servicii comunitare)*

În prezent, țări dezvoltate ale lumii cu bugete alocate sănătății mult mai mari, cultivă o alternativă a serviciilor spitaliceşti - *îngrijiri comunitare* - definite ca fiind forme de servicii acordate la domiciliu persoanelor dependente (vârstnici, convalescenți, bolnavi cronici, persoane cu handicap).

Factorii care stimulează această orientare sunt: evoluția demografică a morbidității şi urbanizării, mutațiile în relațiile psiho-familiale, preferințele pentru îngrijirile la domiciliu, explozia costurilor îngrijirilor în spitale şi în instituții de ocrotire (cămin, spitale, cămine de bătrâni).

Îngrijirile comunitare înseamnă altceva decât asistență primară cum am fi tentați să credem, fiind o alternativă la spitalizare şi care prezintă avantaje:

a) este preferată de categorii importante de pacienți:
   - bătrâni dependenți;
   - convalescenți după boli importante - persoane cu risc social, fără suport

material, fără familie, trăind în condiţii de izolare;
- cei cu boli terminale;
- cei cu handicap fizic şi mental;
- alcoolici, bolnavi cu HIV/SIDA

b) studii efectuate la nivelul populaţiei vârstnice, atestă faptul că 75% dintre aceştia ar dori să fie îngrijiţi în mediul lor firesc de viaţă, în familie;

c) este mai puţin costisitoare - economisind resurse ce pot fi utilizate în alte sectoare ale asistenţei;

d) optimizează funcţionalitatea spitalelor, diminuând respitalizările multor bolnavi care se reinternează.

Îngrijirile comunitare cuprind trei categorii de ajutor pentru destinatarii lor:
- menajer;
- infirmier;
- medical.

În acest sens apare un nou personaj - îngrijitorul la domiciliu definit de Consiliul Internaţional al Serviciilor de „îngrijiri la domiciliu" – fondat în Olanda în 1959.

„Să îngrijească familia, sau persoanele singure la domiciliu acestora, în caz de boală, incapacitate, absenţa tatălui sau a mamei, graviditate, vârstă sau alte cauze."

Aceste persoane sunt ajutate să evite internările şi instituţionalizările prin favorizarea serviciilor medico-sociale la domiciliu, acordate de către un personal format în acest scop.

La noi, serviciile publice sunt orientate predominant spre tehnici curative, acordate în servicii intens medicalizate, structurile de îngrijire fiind ignorate şi puţin dezvoltate.

Ca urmare accentul este pus în continuare pe spital, din păcate.

Două cauze sunt importante: preferința şi consecutiv presiunea medicilor pentru asistența pe paturi.

Pe de altă parte, sistemul de asigurări insuficient, bazat pe gratuități, determină ca bolnavii săraci să prefere spitalul, evitând asistența şi îngrijirile ambulatorii prea costisitoare.

Calculele economice arată că îngrijirile la domiciliu se efectuează cu costuri de câteva ori mai mici decât în spital.

Un alt avantaj al dezvoltării asistenței comunitare:

mobilizarea resurselor multiple

În țările dezvoltate aceste servicii se realizează în multiparteneriat şi prin cofinanțare, la care se adaugă resursa care nu trebuie ignorată, cea a voluntariatului.

Aceşti parteneri care ar trebui să colaboreze în structura organizatorică din țara noastră, ar trebui să fie:

- Ministerul Sănătății şi Familiei, Ministerul Muncii şi Protecției Sociale, Secretariatul Social pentru Handicapați, autoritățile locale, organizațiile nonguvernamentale, asociațiile de voluntari.

Să nădăjduim că şi decidenții noştri vor acorda mai mult serviciilor comunitare, lăsate până acum în seama organizațiilor nonguvernamentale şi a organismelor internaționale.

În România, îngrijirile instituționale oferite vârstnicilor cuprind 3 forme, şi anume cele oferite de:

- cămine pentru pensionari;
- cămine pentru bătrâni;
- cămine spital.

Alternative care există în România destinate protecției vârstnicilor

După 1990, au apărut în România numeroase organizații nonguvernamentale, multe dintre ele susținute financiar de organizații similare din străinătate,

având drept scop înlocuirea instituționalizării în unități de profil destinate persoanelor de vârsta a treia:

Societatea Alzheimer – România

Fondată în 1992 din inițiativa unor membri ai Ligii Române pentru Sănătate Mintală şi cu sprijinul biroului OMS pentru România, societatea Alzheimer este o organizație alcătuită din medici, asistenți, psihologi, asistente, studenți în medicină, psihologie, asistență socială, la care, treptat, au aderat şi membrii de familie.

În conformitate cu statutul şi cu numele său, Societatea îşi propune să contribuie la îngrijirea vârstnicilor cu boala Alzheimer.

Finanțarea – principalul suport financiar primit de Societate de la înființare a fost din partea societății britanice România Project UK. Cu aceste fonduri, s-a inițiat primul program de distribuire a mesei la domiciliu

Masa pe roți. Cu banii primiți de la Banca Mondială, a participat la acțiunea de evaluare a vârstnicilor din România.

O sursă importantă de fonduri a fost asigurată de fundația Help Age International, prin Comunitatea Europeană, prin fondul PHARE, precum şi din donații.

Activitatea societății – este concretizată în:

Masa pe roți – reprezintă primul program de îngrijire comunitară din România. Îşi desfăşoară activitatea în Bucureşti şi Galați, oferindu-le bătrânilor o masă caldă şi consult psihologic.

Centrul de zi – înființat în Bucureşti în 1993, oferă un pachet de servicii complexe, medicale şi psiho-sociale. În cadrul său activează o echipă multidisciplinară, oferind îngrijiri bolnavilor cu Alzheimer. Centrul de zi funcționează pe bază de voluntariat.

Proiecte de viitor desfăşurate în cadrul Societății Alzheimer:

- program de consiliere pentru aparținătorii pacienților cu boala Alzheimer;
- grupuri de suport pentru membrii familiei;

- linii telefonice de ajutor pentru vârstnici – tip help-line;
- editarea de reviste cu scop informativ;
- crearea unui modul de asistență medicală şi socială la domiciliu, care furnizează deja asistență şi sprijin în probleme de incontinență;
- cursuri de pregătire pentru personalul de îngrijire de tip comunitar, neinstituționalizat;
- existența, ca proiect de viitor, a unui centru de zi pentru cei cu handicap sever fizic sau psihic;

Fundaţia ANA ASLAN

Este o organizație de tip nonguvernamental înființată în 1990 de către un grup de foşti elevi şi colaboratori ai profesor doctor Ana Aslan, în vederea continuării activității sale în folosul populației vârstnice şi, mai ales, ai celor săraci şi suferinzi. Membrii acestei fundații desfăşoară activități cu caracter umanitar, medical, social, ştiințific, cultural, educațional adresat vârstnicilor, promovând un stil de viață sănătos în rândul acestora.

Fundaţia „ESTUAR"

Este o fundație cu activitate în domeniul sănătății mintale, înființată prin cooperarea dintre Liga Română de Sănătate Mintală şi Organizația PENUMBRA din Scoția.

ESTUAR este prima organizație din România ce oferă locuințe protejate pentru persoanele care suportă consecințele sociale ale unei boli psihice îndelungate.

Fundația organizează cursuri de pregătire în domeniul sănătății mintale, manifestări ştiințifice şi de caritate.

Spitalul Sf. Luca (Bucureşti)

Este un spital adresat bolnavilor cronici.

Relația stabilită cu comunitatea s-a realizat prin crearea Centrului Medico-Social pentru asistența geriatrică ambulatorie, unitate amplasată în centrul

unui cartier de blocuri cu pondere relativ mare a vârstnicilor. În spațiul său sunt acordate consultații de către medici de diferite specialități din spitalul Sf. Luca şi **îngrijiri de tip nursing** de către personalul unității (cadre medii), accesul fiind deschis pentru orice persoană de peste 65 de ani.

De asemenea, spitalul Sf. Luca colaborează cu organizații nonguvernamentale, cum ar fi „*Fundația pentru îngrijiri paliative şi terminale*" şi asociația „*Bătrânii ajutați la domiciliu*". Selecția cazurilor cărora li se acordă îngrijire se face, în mare măsură, dintre cele recomandate de spital.

În România, deşi modelul de morbiditate s-a deplasat dinspre boli acute, care puteau fi vindecate, către boli cronice care nu pot fi vindecate ci doar îngrijite, serviciile publice oferite în prezent sunt servicii intens medicalizate şi orientate spre a vindeca şi mai puțin pentru a îngriji.

Câteva soluții alternative la serviciile oferite de instituții pentru persoanele cu nevoi speciale, au fost oferite în România de către organizații nonguvernamentale, fiecare promovând anumite tipuri şi modele de servicii pentru diverse persoane cu necesități. În această categorie se înscrie şi „Fundația de Îngrijiri Comunitare" din Bucureşti, al cărei rol este acela de a crea o rețea de îngrijiri medico-sociale diversificate, acordate de o echipă multidisciplinară la domiciliul beneficiarilor.

În 1995, Fundația de Îngrijiri Comunitare demarează în Bucureşti proiectul denumit *Bătrâni ajutați la domiciliu (BAD)*, prin care se furnizează îngrijiri la domiciliu pentru persoanele dependente.

Serviciile la domiciliu sunt furnizate de o echipă multidisciplinară prin **rețeaua informală**, ce oferă 90% din îngrijiri, formată din rude, vecini, prieteni şi **rețeaua formală**, alcătuită din profesionişti ce aparțin unor organizații de stat nonguvernamentale sau private, care oferă servicii medicale şi sociale. La ora actuală, sunt furnizate servicii de îngrijire la domiciliu în Botoşani, Oneşti, Satu Mare, Bacău, Cluj, Piatra-Neamț, Bistrița, Constanța.

- la Botoşani îşi desfăşoară din 1997 activitatea **Asociația ACTIV**

Botoşani, ce derulează proiectul „*Bătrânii ajutați la domiciliu*”.

- la Cluj există **Fundația de Sprijinire a Vârstnicilor**, ce cuprinde activități de recuperare şi reintegrare socială a persoanelor în vârstă, în C*entrul de zi*, adresându-se persoanelor în vârstă care nu se pot deplasa.
- la Piatra-Neamț – **Fundația de Îngrijiri Comunitare Piatra-Neamț**. Oferă îngrijiri la domiciliu, tratament medical ambulatoriu, tratament de recuperare şi reabilitare.

Vârstnicul reprezintă o resursă umană şi nu numai un consumator de resurse. Datorită experienței sale de viață, vârstnicul poate fi antrenat în acțiuni de educație sanitară, în programe de acțiuni umanitare.

7.7. Propuneri de creştere a calității serviciilor medico-sociale destinate vârstnicilor

Cuprinde următoarele aspecte:

- implicarea comunității în protecția grupurilor populaționale vulnerabile;
- concentrarea la nivel primar pe servicii cu caracter preventiv pe subgrupe de vârstă;
- medicul de familie văzut drept coordonator al echipei integrative, formată din comunitate, servicii de sănătate, familie;
- degrevarea familiei de origine a vârstnicului de o parte din îndatoriri şi „responsabilizarea” componentelor societății civile în scopul acoperirii cererilor;
- primăria ar trebui să se implice mai mult, fiind coordonatorul general al acțiunilor din colectivitatea căreia îi aparține vârstnicul;
- supravegherea medicală activă a vârstnicilor este ineficientă, iar asistența medicală geriatrică insuficientă, astfel încât o barieră ce ar trebui depăşită este cea reprezentată de accesibilitatea economică. Parțial, accesibilitatea se poate îmbunătăți prin solidaritatea socială, prin alegerea amplasării unei instituții prestatoare de servicii utilizând criteriul oportunității şi nu

după criterii tehnice, prin reorganizarea asistenței medicale şi sociale, referitor la ajustarea orelor, ameliorarea modului de primire a vârstnicilor, etc.

7.8. Strategii de restructurare a vieții vârstnicilor

1. Rețea de servicii sanitare şi de ocrotire acordate la domiciliu.

2. Realizarea unor programe de screening pentru identificarea vârstnicilor care pot să rămână acasă, integrați în familiile lor şi a celor care trebuie îngrijiți în instituții speciale.

3. Imaginarea unor facilități comunitare sau un ajutor suplimentar acordat familiilor ce au în îngrijire un vârstnic cu probleme sociale.

4. Organizarea de centre de îngrijire de zi.

5. Organizarea de centre de îngrijire de noapte.

6. Organizarea de instituții de îngrijiri pe termen lung unde să se acorde asistență medicală şi socială persoanelor vârstnice cu afecțiuni cronice, dependente.

Datorită importanței problematicii vârstnicilor, OMS sărbătoreşte pe 1 octombrie al fiecărui an Ziua Mondială a Persoanelor de Vârsta a Treia, iar anul 1999 a fost Anul Internațional al Persoanelor Vârstnice, ce a avut drept temă – „A îmbătrâni rămânând activi" – sărbătorit pe 7 aprilie, de Ziua Mondială a Sănătății, când directorul general OMS, d^{na} Gro Haarlem Brundtland, sugera modalitățile prin care o persoană vârstnică să rămână activă, iar bătrânețea să nu reprezinte o povară.

Asigurarea unui mod de viață corespunzător, o viață socială şi de familie proprie, favorabile persoanelor vârstnice, contribuie la bunăstarea lor. Politici care să reducă inegalitățile sociale şi sărăcia sunt indispensabile în efortul fiecărei persoane care doreşte să rămână activă pe măsură ce îmbătrâneşte.

Prin toate programele de dezvoltare pe termen lung, OMS se angajează în promovarea acestei componente, „A îmbătrâni rămânând activi", solicitând toate

dimensiunile vieții: mentală, fizică, socială, spirituală.

Totodată, şi pentru ONU, anul 1999 a fost dedicat persoanelor de vârsta a treia, având ca temă „Către o societatea pentru toate vârstele”, în care mai multe generații trăiesc în armonie, construind o economie dinamică, alături de implicarea vârstnicilor în viața socială a comunităților.

CAPITOLUL 8

SISTEME DE SĂNĂTATE

8.1. Definiţii. Determinanţii unui sistem de sănătate

Organizaţia mondială a sănătăţii, în „Raportul asupra sănătăţii în lume – 2000", defineşte sistemul de sănătate prin „totalitatea organizaţiilor, instituţiilor şi resurselor consacrate ameliorării sănătăţii".

Sistemul de sănătate reprezintă ansamblul elementelor independente care influenţează stare de sănătate atât la nivel individual, cât şi la nivel populaţional (comunitar) şi care include determinanţii stării de sănătate şi sistemul îngrijirilor de sănătate (SIS).

Sistemul îngrijirilor de sănătate (SIS) este inclus în sistemul de sănătate, fiind o parte componentă a acestuia. Sistemul îngrijirilor de sănătate (SIS) este ansamblul resurselor umane, financiare, materiale, informaţionale utilizate pentru a produce îngrijiri şi servicii cu scopul de îmbunătăţire sau de menţinere a stării de sănătate a unei populaţii.

Diferenţa dintre stare a de sănătate prezentă şi cea ideală pe care o dorim reprezintă o necesitate de a se interveni la nivel comunitar prin politici de sănătate.

Determinanţii unui sistem de sănătate

Determinanţii sau factorii cu rol în formarea şi evoluţia ulterioară a unui sistem de sănătate sunt:

- evoluţia istorică a ţării;
- ideologia politică din acea ţară;
- nivelul de dezvoltare economică;

- factorii culturali;
- factorii de mediu.

Datorită determinanților sistemelor de sănătate, nu există în lume două modele perfect identice de sisteme de sănătate, ci fiecare are caracteristicile, avantajele şi dezavantajele sale.

Actualmente, în Europa, se descriu trei modele de sisteme de îngrijiri de sănătate:

1. Sistemul național de sănătate (SNS) tip Beveridge, denumire dată de William Henry Beveridge (1879-1963), economist englez ce l-a introdus în 1948 în Anglia.

Modelul imaginat de britanici funcționează astăzi şi în Danemarca, Finlanda, Irlanda, Norvegia, Suedia, Grecia, Portugalia, Spania. Modelul britanic are drept sursă de finanțare taxele generale (impozitele). Este controlat de guvern şi dispune şi de un buget de stat.

2. Sistemul de asigurări sociale de sănătate (SAS) tip Bismarck – introdus la sfârşitul secolului al XIX-lea în Germania de Otto von Bismarck (1815-1898). Modelul German funcționează şi în Austria, Belgia, Franța, Olanda.

Sistemul german este finanțat prin contribuția obligatorie (sub formă de prime obligatorii de asigurare), plătită atât de salariați cât şi de patroni sau/şi prin taxe generale.

Contribuția pe care o plăteşte salariatul şi patronul se face în funcție de venit şi nu de starea de sănătate a persoanelor care se asigură astfel.

3. Sistemul centralizat de stat (SCS) – bazat pe modelul sovietic Semaşko, caracteristic pentru țările din Europa Centrală şi de Est, foste state socialiste, printre care ne numărăm şi noi:

- sistem finanțat de la bugetul de stat;
- controlat de guvern printr-un sistem de planificare centralizată, fiind un sistem neperformant;
- statul are monopolul serviciilor de sănătate, care sunt proprietatea sa;

- personalul sanitar este în întregime salariat al statului;
- nu există sector privat;
- accesul la servicii este general şi gratuit pentru toată populația;
- este un sector neproductiv, cu o prioritate socială scăzută a sistemului de sănătate.

La aceste trei modele de sisteme de sănătate, specifice pentru Europa, se adaugă sistemul de asigurări private sau voluntare de sănătate (tipic modelului american) în care finanțarea se face pe baza primelor de asigurare stabilite în funcție de starea de sănătate şi de riscurile persoanelor care se asigură. Principalele neajunsuri ale acestui model sunt date de accesibilitatea scăzută a populației la asistența medicală şi costurile ridicate pe care le ridică. Deşi o pondere importantă din PIB este alocată asistenței medicale, aproximativ 15% din populația nu are acces la servicii, fapt ce a determinat includerea reformării sistemului de asistență sanitară între prioritățile politice.

Principalele avantaje ale asigurărilor private sunt reprezentate de:

- alegerea furnizorului;
- alegerea gamei de servicii oferite populației;
- transparența în costurile şi beneficiile pe care le aduce sistemul;
- finanțarea nu depinde de obiectivele politice stabilite pe termen scurt;

Dezavantajele modelului american:

- lipsa echității în contribuții;
- slaba acoperire a populației cu servicii;
- dificultatea în a controla total cheltuielile pentru sănătate;

La sfârşitul anilor ’80, schimbările din sistemul de sănătate au căpătat o mare amploare, cuprinzând cea mai mare parte a țărilor din Europa şi din America.

Aceste schimbări vizau eliminarea sau reducerea disfuncționalităților apărute atât în țările democratice ce aveau o economie de piață stabilă, cât şi în țările ce au avut o economie bazată pe monopolul de stat al factorilor de produc-

ție, cu un sistem de planificare rigid, centralizat şi de comandă.

Procesul de reformare a sistemelor de îngrijiri de sănătate s-au datorat nemulțumirilor înregistrate la nivelul contribuabililor, a utilizatorilor (pacienții), a furnizorilor de îngrijiri de sănătate (medici şi instituții medicale), autorităților politice. Nemulțumirile se refereau la creşterea cheltuielilor de sănătate într-un ritm greu de suportat şi care nu se regăsea în îmbunătățirea stării de sănătate a populației, existând o insuficientă acoperire a populației cu servicii, volumul mare de muncă depus zilnic, lipsa unor mecanisme eficiente de asigurare a calității, un management defectuos, insuficiența şi ineficiența elementelor de stimulare oferite medicilor.

8.2. Componentele de bază ale unui sistem de sănătate

Pentru a analiza modul de organizare şi funcționare a sistemelor de sănătate, a determina care sunt avantajele şi dezavantajele acestora, M. Rœmer, considerat pionierul analizei comparative a sistemelor de sănătate, a fost cel care a identificat cinci componente de bază comune oricărui sistem de sănătate. Aceste componente sunt reprezentate de:

1. Producerea şi dezvoltare de resurse
2. Organizarea de programe
3. Suportul economic – finanțarea sistemelor de sănătate
4. Managementul
5. Acordarea de servicii.

Din cele cinci componente, modul de finanțare a unui sistem de sănătate stabileşte natura sistemului de sănătate.

Finanțarea unui sistem de sănătate se referă la modul în care sunt colectate fondurile necesare desfăşurării activității în sectorul sanitar, precum şi la modalitatea în care aceste fonduri sunt alocate şi apoi utilizate.

Modalitatea de finanțare aleasă, alături de tipul de organizare a sistemului sanitar, determină cine are acces la îngrijirile de sănătate, cât costă aceste îngrijiri, eficiența productivă şi calitatea serviciilor care sunt oferite populației. *Ast-*

fel, în funcție finanțarea sistemului de sănătate, deosebim:

- Sistemul național de sănătate, bazat pe taxe şi impozite;
- Sistemul de asigurări publice obligatorii;
- Sistemul de asigurări private (sistemul liberal).

8.2.1. Producerea şi dezvoltarea de resurse

Constă în participarea mai multor sisteme de la nivelul societății şi se referă la:

A. resursele umane;
B. facilitățile sanitare;
C. bunurile sanitare;
D. cunoştințele.

8.2.1.1. Resursele umane (forța de lucru)

În orice sistem de sănătate, resursele umane includ: personalul medical (medici de diferite specialități, farmacişti, asistenți medicali, infirmieri, moaşe) şi personalul nemedical (psihologi, sociologi, asistenți sociali, etc.).

De exemplu, în România anului 2001, personalul sanitar din unitățile cu proprietate majoritară de stat era reprezentat de: 42.339 medici, fără stomatologi, din care femei-medici 27.785, revenind 18,9 medici la 10.000 de locuitori sau 529 locuitori la un medic. Personalul sanitar mediu a fost de 111.263 cadre medii, revenind 49,7 cadre medii la 10.000 de locuitori sau 180 locuitori la un cadru mediu; personal mediu la un medic – 2,6; personal auxiliar format din 57.608 persoane, din care femei – 51.348. Aceşti indicatori de personal sanitar situează România mult sub valorile existente în țările industrializate (Tabel 8-1).

Tabel 8-1 – Resursele umane din domeniul sănătății pentru unele țări industrializate (1991,2000)

Anul	Franța	Germania	Suedia	Anglia	SUA
Număr medici/1.000 locuitori					
1991 **2000**	2,7 3,0	3,1 3,5	2,9 3,1	3,5 3,5	2,5 2,7
Număr asistente/1.000 locuitori					
1991 **2000**	5,4 5,9	8,9 9,5	9,4 10,2	5,2 4,5	7,3 8,1
Ponderea personalului medical din totalul forței de muncă					
1991 **2000**	6,6 -	5,8 6,4	9,9 8,5	4,6 4,5	6,6 -

Sursa: OECD Health Data, 2001.

8.2.1.2. Facilitățile sanitare

Facilitățile sanitare sunt reprezentate de unitățile medicale: spitale pentru boli acute, spitale pentru boli cronice, centre de sănătate, centre de diagnostic şi tratament, farmacii, laboratoare, sanatorii, cămine de bătrâni, cămine de pensionari, centre de zi, centre de noapte, cămine-spital.

În România, la sfârşitul anului 2001, erau:

- 446 de spitale, din care 442 spitale de stat şi 4 în sistem privat;
- 5220 cabinete medicale;
- 8937 cabinete medicale individuale;
- 106 cabinete medicale asociate;
- 202 policlinici; 406 dispensare medicale; 90 de staționare; 12 sanatorii TBC; 116 case de naşteri; 11 preventorii; 4268 farmacii.

8.2.1.3. Bunurile sanitare

În această categorie sunt incluse: medicamente, echipamente diagnostice şi terapeutice, materiale sanitare, vaccinuri.

8.2.1.4. Cunoştinţele

Sunt considerate drept elemente importante în operaţiunile oricărui sistem de sănătate.

Calitatea actului medical depinde de gradul de competenţă, de pregătirea personalului medical şi nemedical. Pregătirea medicală continuă se realizează prin învăţare, instruire şi perfecţionare, având la dispoziţie multiple modalităţi: informaţiile oferite de universităţi, internet, reviste, tratate, manuale, cursuri de educaţie medicală continuă de specialitate sau de perfecţionare, organizate de universităţile de învăţământ superior.

Instruirea medicală se realizează prin:

- *învăţare* – proces de dobândire a cunoştinţelor, înţelegerii şi normelor valorice utile pentru a ne adapta la mediul înconjurător.

Procesul de învăţare depinde de mai mulţi factori: trăsăturile noastre moştenite, motivaţia în care suntem dispuşi să răspundem la ocaziile de învăţare; capacitatea de a preda a celor care încearcă să ne ajute să învăţăm; condiţiile în care se desfăşoară procesul de învăţare.

- *instruire* – orice activitate destinată dobândirii de cunoştinţe şi aptitudini specifice exercitării unei meserii sau realizării unei operaţiuni. De exemplu: nevoia de a asigura eficienţa şi siguranţa în folosirea anumitor aparate de către medici.
- *perfecţionare (dezvoltare)* – care înseamnă orice activitate de învăţare dirijată mai mult spre nevoile viitoare decât imediate şi care se preocupă mai mult de progresul în carieră decât de performanţa obţinută imediat. De exemplu, nevoia medicilor de a putea utiliza facilităţile pe care le oferă computerul în desfăşurarea activităţilor.

Educaţia medicală continuă (EMC) reprezintă o modalitate de îmbunătăţi-

re şi control a calităţii actului medical.

Conţinutul EMC trebuie să răspundă unor nevoi reale ce nu pot fi determinate decât de practicarea profesiunii de medic. Conform declaraţiei de la Dublin (1982), revizuită la Funchal (1993) s-au stabilit o serie de repere definitorii ale acestei etape de formare profesională. Astfel:

- EMC reprezintă o obligaţie etică şi o responsabilitate individuală a fiecărui medic în decursul întregii sale vieţi profesionale;
- EMC nu reprezintă un scop în sine ci ea trebuie să contribuie la asigurarea unor servicii medicale de calitate oferite populaţiei;
- conţinutul EMC trebuie să fie adaptat în funcţie de rezultatele practicii medicale de zi cu zi;
- participarea medicului la EMC se face în interesul pacientului; de aceea medicii au dreptul de a-şi continua educaţia medicală şi trebuie ajutaţi în acest sens;

EMC reprezintă o responsabilitate voluntară pentru fiecare medic, cunoştinţele dobândite prin această formă de perfecţiune trebuie să fie în beneficiul direct al unităţilor medicale.

De asemenea, este recomandată tot mai mult utilizarea facilităţilor multimedia pentru învăţământul la distanţă, domeniu emergent şi în ţara noastră. EMC nu trebuie să se rezume doar la „menţinerea la zi" a cunoştinţelor legate de specialitatea respectivă, ci trebuie să răspundă unor nevoi resimţite în practica modernă exercitată în sistemele publice şi private, cum ar fi: noţiuni de informatică medicală aplicate în medicină, management, etică, legislaţie, evaluare, comunicare, medicina bazată pe dovezi, munca în echipă, colaborare interprofesională.

La ora actuală, serviciile medicale din numeroase ţări se reformează, aflându-se în faţa unor probleme cu impact asupra practicii medicale: modificări demografice, îmbătrânirea populaţiei, modificarea profilului de morbiditate, apariţia de tehnologii noi, noi modele de furnizare a serviciilor medicale, accentul care se pune pe calitatea, eficienţa, eficacitatea serviciilor de sănătate, participa-

rea pacienților la luarea deciziilor. Toate aceste aspecte nu pot fi, însă, atinse dacă nu se stabilesc criterii clare pentru acreditarea celor care pot organiza activități de EMC.

Tot mai frecvent întâlnit este termenul de dezvoltare profesională continuă (DPC).

DPC urmăreşte identificarea nevoilor individuale şi găsirea celor mai eficiente mijloace de a răspunde acestor cerințe. DPC includ, pe lângă dezvoltarea cunoştințelor strict medicale şi pe cele non-medicale: comunicare, informatică, leadership, managementul schimbării, noțiuni de economie, ştiințe sociale.

Studiile şi evaluările făcute au demonstrat că aproape orice formă de EMC are un impact pozitiv asupra activității medicilor. EMC nu este un scop în sine, ci reprezintă unul din mijloacele prin care se pot asigura servicii medicale de calitate, în concordanță cu cerințele societății şi ale pacienților.

8.2.2. Organizarea de programe

Trebuie făcută diferența între proiect şi program de sănătate. Programul de sănătate cuprinde un grup de proiecte, proiectul este inclus în programul de sănătate.

Managementul unui proiect reprezintă procesul prin care, prin planificare, organizare, control, conducere se utilizează resursele disponibile într-o anumită perioadă de timp pentru a atinge, prin intermediul activităților şi obiectivelor pe termen scurt, obiectivul final şi scopul propus. Programele de sănătate presupun, deci, utilizarea de resurse şi au drept finalitate îmbunătățirea stării de sănătate a populației. Finanțarea programelor de sănătate se poate face de către guvern, de către organizații voluntare „non-profit" sau de organizații „pentru profit". Proporțiile diferite între aceste două tipuri de programe determină caracteristica sistemului de sănătate.

În România, există *programe guvernamentale care sunt finanțate de Ministerul Sănătății şi Familiei (MSF), împreună cu Casa Națională de Asigurări*

Sociale de Sănătate (CNASS), cum ar fi:

- Programul Național de reabilitare a serviciilor de medicină integrată şi dezastre (programul 23);
- Programul Național de supraveghere şi control al infecției HIV/SIDA (programul 4);
- Programul Național de supraveghere şi control al bolilor cu transmitere sexuală (programul 5);

şi există *programe de sănătate care sunt finanțate de Ministerul Sănătății şi Familiei de la bugetul de stat*, cum ar fi:

- Programul Național de imunizări (programul 2);
- Programul Național de supraveghere şi control al bolilor infecțioase (programul 1).

În timp ce programele de sănătate se desfăşoară într-un interval mai mare de timp, proiectele de sănătate au o perioadă mai mică de desfăşurare, fiind susținute de organizații non-guvernamentale cum ar fi, de exemplu, World Vision, Asociația Română Anti-SIDA, etc.

8.2.3. Suportul economic – Finanțarea sistemelor de sănătate

Modalitatea de finanțare a unui sistem de sănătate dintr-o țară influențează cel mai mult sistemul de sănătate din acea țară.

Modalitatea de finanțare pe care o alege o țară, împreună cu tipul de organizare a sistemului sanitar, determină cine are acces la îngrijirile de sănătate, cât costă aceste îngrijiri şi calitatea serviciilor de sănătate care sunt oferite populației.

Puterea prin care o țară reuşeşte să adune aceste fonduri depinde de venitul acesteia pe cap de locuitor. Țările care au un standard de viață scăzut se confruntă, în ceea ce priveşte colectarea fondurilor, cu **economia subterană**, care poate ajunge, conform estimărilor economiştilor, până la 50% din PIB (produsul intern brut). Fiecare țară dispune de mai multe surse de finanțare, nu doar de una

singură.

Există cinci modalităţi principale de finanţare a sistemelor de sănătate:

1. Finanţarea de la bugetul de stat;
2. Finanţarea prin asigurări sociale de sănătate, care sunt obligatorii;
3. Finanţarea prin asigurări private de sănătate, care sunt voluntare;
4. Finanţarea prin plăţi directe;
5. Finanţarea comunitară.

8.2.3.1. Finanţarea de la bugetul de stat

Prin această modalitate de finanţare, fondurile se adună la bugetul de stat al unei ţări, iar de aici sunt destinate sectoarelor socio-economice, inclusiv pentru sănătate.

Accesul la asistenţa medicală este universal, acoperirea populaţiei fiind generală. Populaţia contribuie la realizarea acestor fonduri în funcţie de venit şi nu de riscul individual.

În finanţarea ce se realizează de la bugetul de stat, banii provin din mai multe surse:

- impozite generale;
- taxe cu destinaţie specială pentru sănătate:
  - taxa pe venit;
  - taxa pe valoarea adăugată;
  - taxe de import/export (accize la cafea, ţigări, alcool).
- alte venituri bugetare:
  - donaţiile;
  - împrumuturile externe din partea unor organisme internaţionale;

Finanţarea de la bugetul de stat, realizată sub formă de taxe şi impozite, este specifică ţărilor care au un sistem naţional de sănătate, reprezentând principala sursă de fonduri.

Finanţarea prin taxe şi impozite este o resursă stabilă, cu caracter univer-

sal şi uşor de colectat, a cărei proporţie variază de la o ţară la alta (pentru cele cu sistem naţional de sănătate). Deci, banii obţinuţi din taxe şi impozite se adună şi formează bugetul de stat al unei ţări. Însă, de cele mai multe ori, fondurile colectate nu reprezintă o sursă stabilă de finanţare a sănătăţii deoarece, pentru unele guverne, sănătatea nu reprezintă o prioritate, politicul având un rol important în distribuirea fondurilor alocate sănătăţii.

Acest lucru însemnând că, anumite fonduri, ce sunt alocate pentru diferite sectoare, pot fi favorizate, iar altele nu, fenomen determinat de anumite sfere de influenţă. De exemplu, programele cu caracter preventiv sunt finanţate de la bugetul de stat prin Ministerul Sănătăţii şi Familiei.

Donaţiile şi împrumuturile externe ce provin de la organizaţii internaţionale, cum sunt OMS, Banca Mondială, asigură sprijinul financiar destinat sectorului sanitar din ţările sărace. Pentru ele, rambursarea creditului se face tot de la bugetul de stat.

Indiferent de tipul de sistem de sănătate, **bugetul** reprezintă o sursă de finanţare. Dar, atunci când ea este, însă, principala sursă de finanţare, vorbim despre *sisteme naţionale de sănătate*. În ţări precum Marea Britanie, Canada, Spania, Grecia, Islanda, Ţările Scandinave, Australia, Noua Zeelandă funcţionează un sistem naţional de sănătate. De exemplu, Marea Britanie este percepută ca o naţiune al cărei sector sanitar se sprijină pe bugetul de stat. În realitate, numai 76% din fonduri provin de la buget, 11% din fonduri aparţinând asigurărilor sociale de sănătate, 10% asigurărilor sociale şi 2% provenind din plăţi directe.

8.2.3.2. Finanţarea prin asigurări sociale de sănătate care sunt obligatorii

Asigurarea de sănătate reprezintă o modalitate prin care ţările cu venituri medii sau mari îşi acoperă într-o proporţie semnificativă cheltuielile din sănătate.

Asigurarea socială de sănătate se caracterizează prin următoarele elemen-

te. În primul rând are un caracter obligatoriu, adică, pentru țările în care există un sistem de asigurări sociale de sănătate (obligatorii), fiecare persoană trebuie să plătească prima de asigurare corespunzătoare. În al doilea rând, prima de asigurare (cota procentuală) pe care trebuie să o plătească o persoană se stabileşte prin legislația existentă în vigoare în acea țară. De exemplu, în România, aceasta este de 7% din venitul individual, atât pentru unitățile din sectorul de stat cât şi cele ale sectorului privat şi de 6,5% pentru şomeri, pensionari.

În cadrul acestui sistem, guvernul contribuie cu fonduri de la bugetul de stat pentru a finanța obiective precise, care sunt suportate de asigurări, ca de exemplu, programe de sănătate de interes național, dotarea cu aparatură de înaltă performanță.

Acest model de finanțare se bazează pe „solidaritate", în sensul că sumele de bani care se obțin de la cei „**bogați**" îi susțin şi pe cei cu venituri mai mici.

Faptul că asigurarea socială este obligatorie ar putea genera confuzii legate de diferențele dintre sistemul asigurării sociale de sănătate şi sistemul finanțării prin fonduri guvernamentale (cele ce provin de la bugetul de stat).

Deosebirile constau în:

- asigurarea socială nu este un drept al tuturor oamenilor, ci doar al acelora care îşi plătesc contribuția;
- faptul că plătesc o primă de asigurare care este obligatorie, în schimbul serviciilor de sănătate pe care le-ar putea primi la un moment dat, ajung să înțeleagă că **sănătatea costă**;
- contribuțiile a căror destinație este fondul asigurărilor sociale de sănătate sunt separate, în felul acesta, de cele guvernamentale (de la bugetul de stat), obținute prin taxe şi impozite;
- contribuțiile la fondul de asigurări se bazează pe capacitatea de plată, accesul la serviciile de sănătate depinzând de nevoile de sănătate ale populației.

8.2.3.3. Finanțarea prin asigurări private de sănătate (voluntare)

Asigurarea privată de sănătate (voluntară), este oferită de companiile de asigurare **pentru profit** sau **non-profit**. Aceasta este oferită pe baze individuale sau de grup. Asigurările private reprezintă o sursă suplimentară de venituri pentru sănătate. În acest tip de asigurare se ia în calcul riscul persoanei de a se îmbolnăvi. Cei care se asigură vor plăti primele de asigurare în funcție de serviciile care se estimează că ar putea fi oferite în caz de îmbolnăvire. Astfel, cei care fac parte din grupurile cu risc crescut vor plăti mai mult, iar cei cu risc mai mic vor plăti mai puțin. Chiar dacă asigurările private de sănătate reprezintă o sursă de venit în plus pentru sănătate, totuşi ridică probleme din cauza costurilor ridicate şi a problemelor de echitate.

Costurile administrative mari pentru astfel de asigurări sunt explicate prin costurile de marketing, ce sunt foarte ridicate, tocmai pentru a putea vinde asigurarea cât mai multor persoane.

Singurul stat din lume care are un sistem de sănătate bazat în mod majoritar pe asigurările private de sănătate este cel american, consecință a intereselor de grup politice. Însă, chiar şi aici, guvernul acordă asistență medicală pentru grupurile defavorizate prin intermediul a două programe:

MEDICAID – destinat persoanelor foarte sărace;

MEDICARE – oferit persoanelor cu handicap şi vârstnicilor, program care acoperă aproximativ 38 milioane de persoane; 15% din americani nu au nici o formă de asigurare medicală.

De asemenea, Statele Unite ale Americii dețin cel mai ridicat nivel în cea ce priveşte cheltuielile private de sănătate: 13% din PIB şi 4499 $ SUA per capita (exprimată în unități monetare; comparativ cu Elveția – 10,7%, Germania 10,6%, Franța – 9,5%, Japonia – 7,8%, Anglia – 7,3%).

8.2.3.4. Finanțarea prin plăți directe

Există mai multe tipuri de plată directă:

- *plata în totalitate a serviciilor medicale* (plata din buzunar);
- *co-plata* (o sumă fixă pentru fiecare vizită medicală);
- *co-asigurarea* (un anumit procent din costul vizitei);

Plata în totalitate a serviciilor medicale (plata din buzunar)

- plata directă prin plata în totalitate a serviciilor medicale (plata din buzunar), este specifică, de regulă, sectorului privat, atunci când se solicită servicii în unități medicale private cu care nu există contract de asigurări (asigurare privată);
- o întâlnim, de asemenea, atunci când o persoană solicită, de exemplu, un anumit serviciu medical, care nu figurează în pachetul de bază de îngrijiri de sănătate şi care nu este considerat a fi util, fie de medicul de familie, fie de medicul specialist din spital.

Studiile efectuate au arătat că introducerea modalităților directe de plată nu a condus la o creştere semnificativă a fondurilor destinate sănătății şi nici la o îmbunătățire a serviciilor furnizate către populație.

Din totalul cheltuielilor destinate sănătății, plata directă are o pondere ce variază mult de la o țară la alta (tabel 8-2)

Co-plata şi co-asigurarea sunt întâlnite cu precădere în sectorul public al furnizării de servicii medicale. Co-plata reprezintă plata suplimentară a unei sume fixe pentru fiecare vizită medicală (în momentul consumului), restul din costul vizitei fiind acoperit de asigurarea medicală.

Co-plata reprezintă o modalitate care poate ajuta la îmbunătățirea eficienței serviciilor de sănătate pentru furnizorii şi beneficiarii acestor servicii, deoarece ar putea fi oferită la un nivel ridicat sau scăzut, ceea ce ar descuraja utilizarea unui anumit tip de serviciu destinat îmbunătățirii sănătății.

De exemplu, medicii vor fi mai atenți la prescrierea în exces sau utilizarea nerațională a serviciilor, dacă ştiu că pacienții trebuie să plătească direct, dar,

mai cu seamă, sunt interesați atunci când știu că pacienții pot schimba medicul de familie, iar venitul medicului de familie depinde de numărul de pacienți înscriși pe lista sa.

Tabel 8-2 – Plata directă, exprimată în procente, din totalul cheltuielilor destinate sănătății în unele țări ale lumii

Țara	Plata directă %
Anglia	10,6
Armenia	57,7
Austria	18,6
Canada	15,5
China	60,4
Elveția	32,8
Franța	10,2
Germania	10,6
Grecia	36,9
Japonia	19,3
România	36,2
Suedia	22,7
SUA	15,3

Sursa: Raport OMS, 2001

De asemenea, co-plata reprezintă o modalitate de a controla costul medicamentelor. Astfel, la medicamentele compensate se practică așa-numitele *prețuri de referință*, adică prețul minim al produsului comercial cel mai ieftin dintre produsele comerciale care au aceeași substanță activă și în aceeași concentrație.

Aspectele pozitive determinate prin finanțarea prin plăți directe sunt date de:

- creşterea calității serviciilor;
- atât medicii cât şi pacienții au un grad mai mare de responsabilitate datorită reducerii serviciilor care nu sunt necesare.

Problemele pe care le ridică plățile directe se referă la persoanele defavo-

rizate din punct de vedere financiar şi vârstnicii, categorie de persoane care şi-ar putea reduce consumul de îngrijiri necesare din cauza costurilor ridicate pe care nu şi le pot permite.

8.2.3.5. Finanțarea comunitară

Se aplică comunităților rurale, acest lucru însemnând că populația dintr-o comunitate trebuie să plătească în avans o contribuție pentru a putea beneficia de un pachet minim de îngrijiri medicale, atunci când vor fi necesare. Contribuția acoperă o parte a costurilor, restul fiind suportat de guvern.

Finanțarea comunitară are drept scop acoperirea costurilor primare de sănătate, costul medicamentelor şi o parte din cheltuielile de spitalizare.

8.2.3.6. Circuitul banilor într-un sistem de sănătate (sistem de îngrijiri de sănătate)

Uwe E. Reinhardt a analizat circuitul fluxului banilor care se întâlneşte în orice sistem de îngrijiri de sănătate, parte integrantă a oricărui sistem de sănătate, descriind aşa-numita **piață**. Astfel, pe piața serviciilor de sănătate, circuitul banilor se realizează în trei mari părți componente (trei actori): furnizorul sau producătorul de servicii de sănătate, beneficiarul sau consumatorul (populația) şi terțul plătitor.

După Enăchescu şi Marcu (1998), **piața** reprezintă zona de interacțiune dintre vânzător şi cumpărător; adică piața reprezintă locul unde se întâlneşte cererea cu oferta.

Oferta de îngrijiri de sănătate înseamnă cantitatea de bunuri şi servicii pe care producătorii sunt dispuşi să le ofere la un anumit preț şi la un anumit moment.

Cererea de îngrijiri de sănătate – înseamnă cantitatea de bunuri sau de servicii pe care beneficiarii (populația) o pot cumpăra la un anumit preț şi la un moment dat.

Atât cererea cât şi oferta sunt influenţate de preţ. Astfel, urmărind circuitul banilor, se descriu următoarele tipuri de piaţă:

1. o „piaţă" în care beneficiarul de servicii de sănătate (utilizatorul, populaţia) face tranzacţii cu furnizorii (producătorii) de servicii de sănătate, caracteristică fiind plata directă;
2. o „piaţă" în care se asigură acoperirea beneficiarului (populaţia) pe baza unor contracte cu terţii plătitori;
3. o „piaţă" în care terţul plătitor face tranzacţii cu furnizorii (producătorii) de servicii de sănătate.

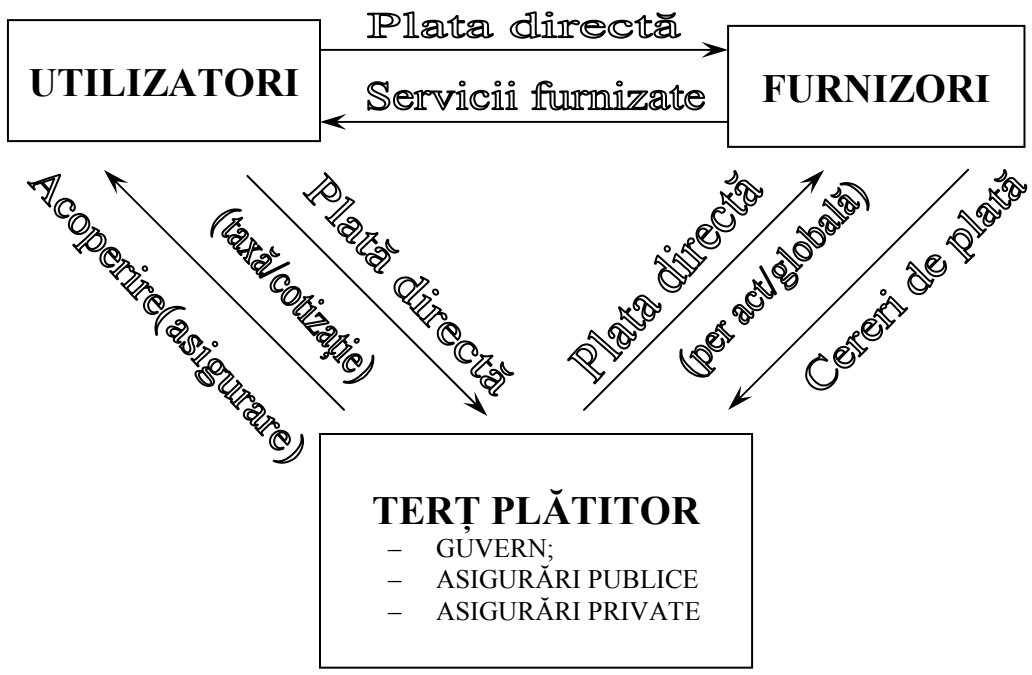


Fig. 8-1 – Circuitul fluxului banilor în sectorul sanitar

În cadrul unui sistem de îngrijiri de sănătate pot exista mai mulţi terţi plătitori:

- guvernul (Ministerul Sănătăţii şi Familiei);
- societăţi de asigurări publice de sănătate (Casa Naţională de Asigurări Sociale de Sănătate);
- societăţi de asigurare private de sănătate.

Modalitatea de colectare a fondurilor precum şi calitatea terţului plătitor

determină natura sistemului de sănătate

1) Dacă terţul plătitor este guvernul iar modalitatea de colectare a fondurilor se face prin impozite generale şi taxe, care vor forma bugetul, vorbim de sistemul național de sănătate tip Beveridge, exemplul tipic fiind cel oferit de Marea Britanie.
2) Dacă terțul plătitor este reprezentat de casele de asigurări publice obligatorii „non-profit" vorbim de un sistem de sănătate bazat pe asigurări publice de tip Bismarck, exemplele tipice fiind cele oferite de Germania şi Franța.
3) Dacă terțul plătitor este reprezentat de casele de asigurări de sănătate **pentru profit** şi modul de colectare a fondurilor se face prin asigurări private voluntare, vorbim de un sistem bazat pe asigurări private – exemplul tipic fiind cel oferit de modelul liberal american.

Problemele care apar din cauza terțului plătitor sunt riscul moral şi selecția adversă.

Riscul moral (hazardul moral) se bazează pe următorul principiu: dacă prețul unui bun este egal cu zero, atunci cererea va depăşi oferta.

Riscul moral poate fi indus atât de furnizorul cât şi de consumatorul de servicii de sănătate.

Riscul moral indus de furnizorul de servicii de sănătate este reprezentat de următorul aspect: atunci când un medic este plătit pe act medical el va avea tendința de a suplimenta numărul de acte medicale, crescând în felul acesta costurile.

Riscul moral indus de consumatorul de servicii de sănătate apare atunci când pacienții, odată asigurați, nu vor mai avea nici un stimul pentru a-şi limita consumul de servicii medicale din cauza neimplicării directe la plata acestora; atunci când un serviciu medical nu costă în momentul utilizării lui, va exista tendința consumatorilor (beneficiarilor de servicii de sănătate, adică populația) de a folosi mai multe asemenea servicii decât ar avea nevoie.

Selecția adversă este un concept care presupune că anumite grupuri po-

pulaționale nu vor mai fi asigurate din punct de vedere medical, adică grupurile de pacienți cu risc crescut de boală nu se vor mai asigura, pentru că primele de asigurare pe care ar trebui să le plătească sunt prea mari. Totodată, vor rămâne neasigurați şi cei cu şanse scăzute de a se îmbolnăvi care consideră că prima de asigurare este mai mare decât riscul îmbolnăvirii.

Selecția adversă apare atunci când:

1) terții plătitori încearcă să limiteze costurile, refuzând să asigure acoperirea acelor grupuri care sunt cele mai bolnave şi care necesită îngrijiri mai scumpe, sau cerând plăți mai mari pentru aceste grupuri.
2) medicii sunt plătiți per capita (plată fixă), indiferent de volumul de muncă necesar îngrijirilor necesare fiecărui pacient.

Deci, în selecția adversă, se refuză asigurarea pentru acele grupuri care sunt costisitoare prin volumul înalt al consumului sau costul ridicat al îngrijirilor de sănătate.

8.2.4. Managementul

Managementul reprezintă procesul prin care munca este făcută prin intermediul altora, la timp şi în limita bugetului. Prin intermediul său se pot mobiliza resursele existente în vederea realizării unor scopuri bine definite. În acest sens activitatea de management se referă la:

- planificare;
- organizare;
- funcția de personal (coordonarea);
- conducere (comanda);
- controlul;
- evaluarea.

8.2.5. Acordarea de servicii

Reprezintă rezultatul funcționării celor patru componente comune unui

sistem de sănătate (sistem de îngrijiri de sănătate).

1) producerea şi dezvoltarea resurselor
2) organizarea programelor;
3) finanţarea serviciilor de sănătate;
4) managementul.

Acordarea de servicii se referă la toate formele de servicii de sănătate ce pot fi oferite populației: preventive, curative, de îngrijire şi de recuperare.

De asemenea, serviciile se mai pot clasifica în: servicii primare, secundare, terțiare.

8.3. Calitățile unui bun sistem de îngrijiri de sănătate (SIS)

Condițiile pe care ar trebui să le îndeplinească un SIS, condiții care ar determina ca un sistem de sănătate să fie bun sunt:

1) **Acoperirea generală a populației** – în sensul ca fiecare persoană să poată beneficia de un pachet minim de servicii de sănătate.
2) **Accesibilitatea promptă a populației** – la îngrijiri de sănătate din punct de vedere geografic, temporal, economic.
3) **Pertinența față de nevoi** – adică populația dintr-un anumit teritoriu să beneficieze de servicii de sănătate care sunt în concordanță cu profilul de mortalitate şi de morbiditate din acel teritoriu. (De exemplu, într-o zonă minieră nu vom construi mai multe cabinete de ginecologie).
4) **Echitate** sau **accesul universal** şi **egal al tuturor indivizilor** la un pachet minim de servicii de sănătate, indiferent de caracteristicile care țin de persoană (vârstă, sex, etnie, apartenență religioasă, profesie, stare de sănătate, etc.). Plata se face după venit, dar accesul să nu fie limitat; în fața sănătății, toată lumea este egală, scopul final fiind acela de ameliorare a stării de sănătate a populației.
5) **Posibilități de alegere** – pacientul are posibilitatea să-şi aleagă furnizorul de îngrijiri de sănătate pe care îl doreşte.
6) **Eficacitate crescută** – se referă la obținerea obiectivului de sănătate

dorit; eficacitatea unui sistem de sănătate se măsoară prin ameliorarea stării de sănătate a populației.

7) **Eficiență crescută** – cu resurse cât mai mici să se obțină rezultate cât mai bune, care să se regăsească în planul sănătății şi al satisfacției pacienților.
8) **Acceptabilitatea socială largă** în ceea ce priveşte gama de servicii furnizate populației.
9) **Responsabilitatea statului față de sănătatea** publică, în sensul ca sănătatea publică să reprezinte o prioritate națională, statul implicându-se în ceea ce priveşte piața serviciilor de sănătate.
10) **Performanța medicală** care se regăseşte în calitatea actului medical, satisfacția furnizorilor şi a utilizatorilor de îngrijiri de sănătate.

8.4. Sistemul de plată a medicilor (furnizorii de servicii de sănătate)

Modul în care o țară îşi organizează sistemul de plată şi furnizarea serviciilor se răsfrâng asupra celor implicați, fie că sunt medici, farmacişti, pacienți, comportamentul acestora determinând rezultatele sistemului de îngrijiri ales.

Atunci când într-un sistem de sănătate finanțarea nu este corelată cu modalitățile de plată oferite furnizorilor, rezultatul va consta într-o creştere rapidă a costurilor îngrijirilor, însoțită de o scădere a calității acestora.

De asemenea, consumul medical este puternic influențat de modalitatea de plată a furnizorilor care lucrează în domeniul sănătății.

Modul de plată a furnizorilor precum şi valoarea plății pot determina alegerea medicului de a lucra într-un sistem public sau privat.

Fiecare metodă de plată a furnizorilor oferă motivații, ce pot influența comportamentul profesional. De exemplu, veniturile mici obținute de către medic îl pot constrânge pe acesta să accepte plăți suplimentarea din partea pacienților (aşa-numita „plată pe sub masă").

Principalele modalități de plată pentru furnizorii de servicii de sănătate

sunt:

1) plata pe serviciu;
2) plata pe caz;
3) plata pe zi – plata „*per diem*" de îngrijire, de spitalizare;
4) bonificații;
5) plata per capita;
6) plata prin salariu;
7) bugetul global;

8.4.1. Plata pe serviciu

Reprezintă cea mai frecventă modalitate de plată a furnizorilor de îngrijiri de sănătate, plata acestora făcându-se în funcție de fiecare act diagnostic, act terapeutic sau produs furnizat populației. Metoda este utilizată pentru plata spitalelor, centrelor de sănătate, medicilor de familie.

În general, prin acest sistem, este stimulată tendința de a creşte veniturile furnizorilor de îngrijiri de sănătate (furnizorul fiind plătit proporțional cu serviciile prestate, el le poate suplimenta, în funcție de cât poate plăti piața în materie de servicii de sănătate, în felul acesta existând riscul scăderii calității actului medical). Prin această modalitate de plată există, de asemenea, şi din partea pacientului tendința de a abuza de aceste servicii (apare hazardul moral).

8.4.2. Plata pe caz

Această metodă constă în rezolvarea unui caz, ceea ce implică un pachet minim de servicii medicale, de exemplu, episodul de îngrijiri pentru un bolnav, şi nu se referă doar la rezolvarea numai a unui singur act medical sau diagnostic ca în cazul plății pe serviciu.

Metoda este folosită pentru plata spitalelor, episodul de îngrijire fiind bolnavul.

Plata pe caz îi obligă pe furnizori să reducă durata de spitalizare, numărul

de servicii pe caz (acel pachet minimal de îngrijiri), să selecteze pacienții cu afecțiuni nu foarte severe, existând în felul acesta tendința creşterii numărului de cazuri tratate şi raportate.

8.4.3. Plata pe zi – plata „*per diem*" de îngrijiri de spitalizare

Prin această modalitate de plată, furnizorul de îngrijiri de sănătate primeşte o sumă fixă pentru fiecare zi de spitalizare. Metoda este folosită pentru plata spitalelor şi a centrelor de sănătate.

Evident că furnizorii vor avea tendința să prelungească perioada de spitalizare, cu atât mai mult cu cât ultimele zile de spitalizare sunt mai puțin costisitoare. În felul acesta, rata de utilizare a paturilor va creşte, ceea ce va duce la apariția unor spitale supradimensionate.

8.4.4. Bonificații

Reprezintă stimulente pentru atingerea unor obiective, cum ar fi, de exemplu, prescrierea de medicamente în număr mic.

8.4.5. Plata per capita

Este o modalitate de plată oferită furnizorilor de îngrijiri de sănătate ce constă dintr-o sumă fixă pe care medicul o primeşte în funcție de numărul de pacienți înscrişi pe lista sa, indiferent de numărul de servicii efectuate. Suma primită de medic pentru îngrijirile de sănătate oferite variază în funcție de o serie de caracteristici cum ar fi vârsta, sexul, sau zona geografică unde este situat cabinetul. De exemplu, pentru medicul ce are în îngrijire copii şi vârstnici, plata prin capitație pentru aceste grupe de vârstă va fi mai mare. Prin capitație, medicii au tendința să înscrie pe listele lor persoanele sănătoase, în defavoarea celor bolnave. De asemenea, numărul de servicii oferite ar putea fi mai mic decât cel necesar, cu tendința de a creşte competiția între medici pentru a atrage cât mai

mulți pacienți pe lista lor.

Plata prin capitație se utilizează în asistența medicală primară, când se dorește acoperirea populației cu medici.

8.4.6. Plata prin salariu

Această modalitate de plată se bazează pe stabilirea unui contract de muncă în care medicul este plătit pentru un număr fix de ore pe care le prestează lunar, printr-un orar, indiferent de numărul de pacienți tratați sau de costul serviciilor de sănătate furnizate.

Plata pe salariu nu se calculează în mod diferențiat, ținând cont de criteriile de performanță, de exemplu, ci doar de timpul fizic (numărul de ore) în care medicul a fost prezent în unitate.

Această modalitate de plată pentru furnizorii de îngrijiri de sănătate, fiind reprezentată de o sumă fixă (salariul), nu oferă stimulente pentru servicii medicale de calitate.

De asemenea, prin acest mod de plată, riscul este acela ca medicul să trateze cât mai mulți pacienți.

Plata prin salariu se întâlneşte în medicina de familie, cel mai frecvent în țări cu sistem național de sănătate, dar şi în țări cu un sistem bazat pe asigurări sociale de sănătate cum ar fi Olanda, în care medicii prestează servicii în cabinete ce aparțin de municipalitate.

8.4.7. Bugetul global

Este vorba de plata unei sume (buget stabilit în avans) ce acoperă costul total al serviciilor pe o perioadă dată de timp.

Furnizorul astfel plătit poate plăti orice, dar suportă şi deficitele, după cum poate păstra şi orice profit. Acest mod de plată este folosit pentru spitale şi pentru centre de sănătate.

8.5. Sistemul național de sănătate tip Beveridge

Sistemul național de sănătate (SNS) este numit şi Beveridge după numele economistului englez William Beveridge (1879-1963) care l-a introdus în Anglia în 1948, după al II-lea război mondial.

Acest sistem este tipic pentru Marea Britanie, dar îl întâlnim şi în alte țări: Canada, Australia, Noua Zeelandă, țările scandinave, Spania, Irlanda, Grecia, Italia, Portugalia, Suedia.

Sistemul național de sănătate are drept sursă principală de finanțare taxele generale; finanțarea de la bugetul de stat realizată sub formă de taxe şi impozite este specifică pentru țările care au un sistem național de sănătate, reprezentând principala sursă de fonduri. Acoperirea populației este generală, persoanele contribuind în funcție de venit şi nu în funcție de riscul individual. Atunci când bugetul de stat reprezintă principala sursă de finanțare, vorbim de un sistem național de sănătate. De asemenea, într-un sistem național de sănătate:

- sistemul este controlat de guvern;
- accesul la îngrijirile de sănătate este liber pentru toți cetățenii;
- în sistem există şi un sector privat, limitat, ce dispune de unități medicale în sistem privat şi case de asigurări private;
- conducerea sistemului se face prin autoritățile de stat;
- medicii sunt fie salariați, fie plătiți în funcție de numărul de pacienți înscrişi pe lista lor (plata prin capitație).

În acest sistem se practică într-o oarecare măsură co-plățile de către cei ce solicită îngrijiri medicale, constând în plata unei părți din costul unei prestații medicale.

- gradul de echitate depinde de forma de impozitare aleasă: atunci când impozitele cresc progresiv cu creşterea veniturilor, se asigură o redistribuire a finanțării serviciilor de sănătate, adică grupurile cele mai bogate finanțând grupurile care au venituri mai mici.

Sumele care sunt destinate asistenței medicale în astfel de sisteme sunt stabilite şi controlate de Parlament, acest lucru oferind o legitimitate democrati-

că asupra cheltuielilor de sănătate. În felul acesta, distribuția cheltuielilor se face în funcție de valorile sociale şi resursele financiare ce există în societate la un moment dat. Aceste cheltuieli reprezintă 7% din PIB, iar din totalul cheltuielilor de sănătate, cele în sistem privat dețin o pondere de 19%.

Nivelul cheltuielilor destinate sănătății depinde de decizia politică şi acceptabilitatea socială largă care este corelată cu valoarea pe care societatea o acordă sănătății şi, implicit, asistenței medicale.

Astfel, în ceea ce priveşte cheltuielile pentru sănătate, Anglia ocupă penultimul loc, înaintea Irlandei, cheltuielile pentru sănătate în Anglia în anul 2000 fiind de 1747 $ SUA per capita. Există însă țări, tot cu sistem național de sănătate, în care cheltuielile destinate sănătății au valori net superioare, un exemplu fiind cel al Elveției, cu 3573 $ SUA per capita.

8.5.1. Organizarea sistemului național de sănătate britanic

În sistemul britanic de sănătate, Secretariatul de Stat pentru Sănătate reprezintă autoritatea centrală care îndeplineşte următoarele roluri:

- de alocare a resurselor destinate sănătății de la nivel central către cele 8 autorități sanitare regionale, prin birourile regionale;
- elaborarea politicii de sănătate;
- de a coordona şi monitoriza performanțele autorităților aflate în subordine (autoritățile sanitare regionale);

La rândul lor, autoritățile sanitare regionale, prin birourile regionale, au rolul:

- de a stabili bugetul pentru autoritatea sanitară locală şi cea de medicină de familie;
- de a evalua performanțele autorităților sanitare locale şi a celor de medicină de familie;
- de a planifica necesarul de forță de muncă.

În teritoriu, SNS este reprezentat de autoritățile sanitare locale (familiale).

Rolul lor este:

- de a organiza serviciile furnizate de medicii de familie, farmacişti, stomatologi, prin încheierea de contracte cu aceştia;
- de a evalua nevoile de îngrijiri de sănătate oferite populației;
- de a răspunde de sănătatea publică.

De asemenea, există autoritatea publică a medicilor de familie, care cumpără de la medicii de familie serviciile care sunt incluse în pachetul minim de îngrijiri de sănătate oferite populației.

La ora actuală, în Anglia, unitățile medicale din sistemul privat pot oferi servicii şi sectorului public; în felul acesta, ei pot avea contract atât cu o casă de asigurări în sistem public, cât şi cu autoritățile sectorului privat.

Anglia este percepută la ora actuală ca o națiune care se sprijină în totalitate pe bugetul de stat. În realitate, însă, numai 76% din fondurile destinate sănătății provin de la bugetul de stat, 11% din fonduri provin de la asigurările sociale de sănătate, 10% din asigurări private şi 2% din plăți directe.

Sistemul național de sănătate britanic este un sistem bun, acest lucru reflectându-se în indicatorii de mortalitate infantilă (6‰) şi în speranța de viață la naştere (pentru bărbați de 75,1 ani, iar pentru femei 79,9 ani) – adică în indicatorii sintetici ce reflectă standardul de viață al unei societăți, chiar dacă fondurile alocate sănătății reprezintă doar 7% din PIB.

Eficiența crescută a modelului britanic este datorată medicilor de familie (GP - general practitioner). Aceştia sunt plătiți în funcție de numărul de pacienți înscrişi pe lista lor, la care se adaugă prime suplimentare în funcție de numărul de imunizări, examinări tip screening.

Medicii specialişti care lucrează în spitalele de stat sunt în majoritate salariați, iar la salariul de bază se poate adăuga un spor de merit.

Avantajele sistemului național britanic sunt reprezentate de: acoperirea generală a populației, echitatea în finanțare, controlul posibil asupra cheltuielilor totale.

Principalul dezavantaj al SNS îl reprezintă *listele de aşteptare*. Pacienții

îşi pot alege medicul de familie dorit, însă, pentru anumite activităţi medicale, există un grad de birocraţie (inconvenient).

Astăzi, modelul englez sprijină sistemul privat de acordare a îngrijirilor de sănătate – 10% din fonduri sunt reprezentate de asigurări private.

Sectorul privat şi dezvoltarea mecanismelor concurenţiale în care autoritatea locală are rolul şi de cumpărător şi de furnizor de servicii de sănătate, reprezintă priorităţi actuale ale sistemului naţional de sănătate din Anglia.

Un caz particular este cel al sistemului de sănătate canadian, numit Sistemul Naţional de Asigurări şi care a luat amploare la începutul anilor 1960. În realitate, sistemul canadian este tot un sistem naţional de sănătate, în care finanţarea se face de la bugetul federal, precum şi din contribuţiile bugetare ale fiecărei provincii. Un astfel de sistem, asemănător celui canadian, întâlnim şi în Australia.

8.6. Sistemul bazat pe asigurări sociale de sănătate (obligatorii) de tip Bismarck

Modelul Bismarck reprezintă un sistem de protecţie socială introdus în Germania la sfârşitul secolului al XIX-lea de Otto von Bismarck (1815-1898); este un sistem ce are ca principală sursă de finanţare contribuţiile obligatorii (prime) care sunt aduse de firme sau/şi de angajaţi. Primele de asigurare obligatorii depind de venitul realizat de persoana respectivă şi nu de starea de sănătate a celor care se asigură. În sistemul de asigurări sociale de sănătate tip Bismarck, statul, prin instituţiile sale specifice, promovează o viaţă mai bună pentru toată populaţia (sistem de protecţie socială) prioritare fiind grupurile defavorizate.

În cadrul acestui tip de sistem, rolul guvernului este acela de a declara asigurarea obligatorie pentru toţi cetăţenii, care au libertatea de a alege între mai multe fonduri de asigurări, publice sau private. Există ţări în care aceste fonduri de asigurări se numesc **fonduri de boală** şi care sunt organizate de către marile consorţii industriale sau de către sindicate.

Exemple de asigurări sociale de sănătate de tip bismarckian întâlnim nu

numai în Germania, ci şi în Franța, Olanda, Belgia, Austria, Japonia şi, de curând, în România.

Modelul Bismarck prezintă următoarele principii:

- orice cetățean trebuie să fie protejat, în mod obligatoriu, de către o casă de asigurări de sănătate în cazul în care se îmbolnăveşte;
- primele de asigurare, care sunt obligatorii, depind de venitul realizat de cetățeni, aceştia participând cu o cotă procentuală care este aceeaşi pentru întreaga populație, dar a cărei valoare poate varia de la o țară la alta; de exemplu, în România, cota procentuală este de 13,5% (în care 7% este plătită de angajator şi 6,5% de angajat);
- primele de sănătate care sunt obligatorii nu depind de starea de sănătate a persoanelor care se asigură; ținând cont de statutul de asigurat, orice persoană beneficiază de îngrijiri de sănătate în funcție de nevoi, indiferent de vârstă, sex, profesie, statut socio-economic, apartenență religioasă (acoperirea universală a populației);
- finanțarea serviciilor de sănătate este mixtă, astfel, pe lângă fondurile de asigurări care sunt fonduri de boală constituite din primele de asigurare plătite de către cetățeni, mai există şi alte surse: coplata, asigurările private de sănătate, plata directă, impozitele.
- în modelul german, piața singură nu poate asigura o protecție sanitară corespunzătoare; din această cauză ea trebuie să fie organizată şi reglementată. Acest lucru se realizează cu ajutorul caselor de asigurări de sănătate, care reprezintă terțul plătitor şi, în felul acesta, se realizează tranzacțiile (piața) între furnizorul de servicii de sănătate (medicii) şi terțul plătitor (casa de asigurări) pe de o parte, iar pe de altă parte între beneficiarul de servicii de sănătate (populația) şi casa de asigurări sociale de sănătate care este terțul plătitor;
- cetățenii trebuie să contribuie la plata asistenței lor medicale în funcție de capacitatea lor financiară, dar trebuie să aibă acces la îngrijirile de sănătate în funcție de nevoile lor medicale;

- orice persoană care se asigură îşi poate alege în mod liber medicul de familie;
- remunerarea medicilor care lucrează în sistemul privat se face prin plata pe serviciu; plata pe serviciu contribuie la creşterea calităţii actului medical pe de o parte, dar pe de altă parte poate exista riscul ca, prin acest mod de plată, medicul fiind plătit în funcţie de serviciile acordate populaţiei, să le poată suplimenta, existând, de data aceasta, riscul scăderii calităţii actului medical.

Ca dezavantaj, plata pe serviciu îi poate încuraja pe medici să prefere serviciile imediat profitabile (de exemplu asistenţa curativă).

Avantajele acestui tip de sistem se referă la: performanţele relativ înalte, gradul înalt de acoperire a populaţiei, finanţarea care se face în funcţie de nivelul venitului persoanei respective.

Buna funcţionare a sistemului se reflectă în indicatorii stării de sănătate: mortalitatea infantilă şi speranţa de viaţă la naştere.

Dezavantajele modelului german:

- cheltuielile pe care le implică sunt cele mai mari din Europa;
- costurile din administrarea acestui tip de sistem sunt mari, generează un consum crescut, cu posibilitatea de apariţie a riscului moral (la un serviciu al cărui preţ este zero, cererea depăşeşte întotdeauna oferta) sau a selecţiei adverse (în sensul că se refuză asigurarea grupurilor costisitoare prin volumul înalt al consumului sau costul ridicat al prestaţiilor, fondurile de asigurări încercând să atragă persoanele sănătoase în detrimentul celor bolnave, pe tineri în detrimentul vârstnicilor).

8.7. Sistemul de sănătate bazat pe asigurări de sănătate private, întâlnit în Statele Unite ale Americii

Singura ţară din lume care are un sistem de sănătate bazat majoritar pe asigurările de sănătate private este reprezentată de SUA. Asigurarea privată de

sănătate este oferită de companii de asigurări pentru profit sau non-profit. Referitor la asigurarea privată individuală, prima de asigurare se calculează în funcție de riscul propriu de boală, mărimea contribuției calculându-se în funcție de pachetul de servicii de sănătate care va fi oferit populației. Asigurarea privată poate fi oferită şi unor grupuri de persoane, de obicei salariați ai aceluiaşi angajator sau membri ai unor sindicate. Sistemul liberal american are un grad redus de centralizare în ceea ce priveşte organizarea serviciilor de sănătate, acestea fiind majoritar private.

Responsabilitatea implementării politicilor de sănătate este împărțită între autoritățile federale statale şi locale.

Conform aprecierii Organizației Mondiale a Sănătății privind sănătatea la nivel mondial, SUA ocupă primul loc în ceea ce priveşte cheltuielile alocate sănătății, acestea reprezentând 13% din PIB şi sunt în creştere, revenind aproximativ 5.000 $ SUA pe cap de locuitor (cheltuieli pentru sănătate). De asemenea, o pondere ridicată a cheltuielilor pentru sănătate din PIB întâlnim şi în țări puternic dezvoltate din punct de vedere economic: Elveția (10,7% din PIB), Germania (10,6%), Canada (9,1%).

Finanțarea se face:

- prin plată directă, „din buzunar” …… 25%
- prin asigurări private de sănătate …… 32%
- de organisme filantropice …… 2%
- de guvernele de la toate nivelurile prin programele mixte federale Medicaid şi Medicare.

Astfel, chiar şi aici, guvernul asigură asistența medicală pentru grupurile defavorizate prin intermediul programelor Medicaid şi Medicare.

În felul acesta, în modelul american, deşi este un sistem de sănătate majoritar privat, există şi un sistem public, din banii publici asigurându-se asistența medicală a grupurilor defavorizate.

Programul Medicaid este un program mixt, federal şi statal, ce se adresează celor foarte săraci (7 milioane), nevăzători, persoane cu handicap.

Programul Medicare – destinat vârstnicilor (38 milioane).

O pondere de 15% din populația americană nu estre asigurată. De asemenea, există şi alte programe guvernamentale care se adresează grupurilor populaționale cu risc: educația pentru sănătate şi promovarea sănătății, sănătatea mediului, sănătatea mamei şi copilului, etc.

În sistemul de sănătate american, medicii sunt plătiți prin plata pe servicii, prețul fiind stabilit de furnizor.

★ *Avantajele modelului american, bazat pe asigurări private de sănătate:*

- oferă stimulente pentru creşterea eficienței serviciilor de sănătate;
- oferă o gamă largă de servicii de înaltă performanță;
- pacientul beneficiază de o alegere liberă în ceea ce priveşte furnizorul de servicii de sănătate;

★ *Dezavantajele sistemului de sănătate american*

- este foarte scump, necesitând costuri foarte mari;
- accesibilitatea populației este limitată, sub aspect economic, la serviciile de sănătate;
- continuitatea scăzută a îngrijirilor de sănătate;

Dezavantajele sistemului de sănătate american se reflectă în indicatorii stării de sănătate a populației şi anume în mortalitatea infantilă, care este de 7,1‰, valoare ridicată pentru o țară cu standard socio-economic ridicat, comparativ cu Elveția, de exemplu, unde este de 4,6‰; speranța de viață la naştere 73 ani.

CAPITOLUL 9

ÎNGRIJIRILE PRIMARE DE SĂNĂTATE

Maria-Liliana Iliescu

9.1. Istoric

În **1920**, la 8 ani după instituirea legii privind acordarea îngrijirilor pentru sănătate, în Marea Britanie a fost lansată aşa-numita „cartă albă" (white paper), referitoare la organizarea sistemului serviciilor de sănătate. În acest document erau descrise 3 niveluri majore pentru serviciile de sănătate: centrele primare de sănătate, centrele secundare de sănătate şi spitalele universitare; de asemenea erau specificate funcțiile fiecăruia şi legăturile dintre acestea. Este conturată astfel ideea de organizare a unui sistem de servicii numit să răspundă diferitelor niveluri de nevoi de servicii medicale pe care le are populația, constituind punctul de plecare pentru reorganizarea serviciilor de sănătate în unele țări.

În perioada anilor '30, în China a fost pus în aplicare un proiect în domeniul acordării serviciilor de sănătate. Acesta s-a desfăşurat în mediul rural, în TING HSIEN, o localitate situată la aproximativ 150 km de Beijing.

Experimentul a fost exemplar, fundamental, pentru multe alte proiecte din domeniul sănătății, pe tot cuprinsul lumii.

Prin acest experiment s-a evidențiat faptul că este posibil să se asigure îngrijiri de sănătate comprehensive, la un cost rezonabil (pe care inițiatorul proiectului să şi-l poată permite), prin participarea comunității şi prin raționalizarea şi demistificarea pregătirii profesionale, diagnosticul şi procedurile terapeutice fiind bazate pe principii ştiințifice.

În cadrul acestui experiment, munca a fost făcută de către locuitorii din domeniul sănătății din sate, care au fost instruiți, pregătiți să asigure îngrijirile de bază pentru comunitatea lor, accentuându-se asupra conceptului de echitate în furnizarea îngrijirilor de sănătate.

În 1975, Directorul general al OMS dr. Halfdan Mahler, a lansat conceptul „Sănătatea pentru toți până în anul 2000" propunând „o acțiune urgentă pentru a realiza în cei 25 de ani ai unei generații ceea ce nu s-a realizat până acum".

În 1977, Adunarea generală a OMS a decis în unanimitate principalul scop al țărilor membre, şi anume: „până în anul 2000 toți oamenii lumii să atingă un nivel de sănătate care să le permită să aibă o viață productivă din punct de vedere social şi economic".

În 1978: Declarația de la Alma-Ata - întâlnire internațională organizată de OMS şi UNICEF, la care au participat reprezentanți ai 134 guverne şi 670 organizații internaționale.

Conferința de la Alma-Ata a exprimat necesitatea unei acțiuni urgente din partea tuturor guvernelor, a tuturor lucrătorilor din domeniul sanitar şi al comunității mondiale pentru promovarea sănătății tuturor popoarelor lumii.

Declarația de la Alma-Ata a adoptat principiile îngrijirilor primare de sănătate ca fiind elementele cheie ale dezvoltării sistemelor de sănătate.

În 1984 – Comitetul regional OMS pentru Europa a adoptat cele 38 de obiective ale strategiei „Sănătate pentru toți". Ariile de interes sunt următoarele:

1. Nevoile fundamentale de sănătate (1→12)
2. Stilul de viață sanogen (13 →17)
3. Sănătatea mediului înconjurător (18 → 25)
4. Îngrijiri de sănătate corespunzătoare (26 →31)
5. Suportul necesar pentru susținerea dezvoltării sănătății (32→38)

Politicile naționale trebuie să urmărească aceste obiective şi să comunice, la fiecare trei ani, progresele obținute. Organismele supranaționale, aşa cum este Uniunea Europeană, au formulat politici pornind de la sănătatea mediului înconjurător şi industrial, până la educația medicală şi cea legată de produsele farmaceutice.

După 1995, în Europa, accentul, în cadrul îngrijirilor primare de sănătate se pune pe rezultate, funcții, domenii în care realizările sunt critice şi cerințele manageriale.

Secolul XXI – biroul regional OMS pentru Europa a elaborat şi lansat o nouă strategie care vizează punerea în practică a filosofiei sănătatea pentru toți, denumită „Sănătatea 21 – Sănătatea pentru toți în secolul XXI". În cadrul acesteia, activitățile sunt împărțite pe 3 categorii mari:

1. stiluri de viață favorabile sănătății
2. schimbarea mediului înconjurător
3. servicii preventive şi curative corespunzătoare

9.2. Definiție.

Îngrijirile primare de sănătate sunt îngrijiri sanitare esențiale, bazate pe metode şi tehnologii practice, pertinente din punct de vedere social, făcute să fie accesibile în mod universal indivizilor şi familiilor dintr-o comunitate, prin totala lor participare, la un cost pe care comunitatea şi țara poate să şi-l permită să îl mențină în fiecare stadiu al dezvoltării lor, în sprijinul încrederii în sine şi al autodeterminării.

IPS formează o parte integrantă a sistemului de sănătate al țării, pentru care reprezintă atât funcția centrală, cât şi problema principală dar şi a dezvoltării globale sociale şi economice a comunității.

IPS reprezintă primul nivel al contactului dintre indivizi, familie şi comunitate, cu sistemul de sănătate al țării, încercând să apropie, pe cât posibil, activitatea din domeniul sănătății de mediul de viață şi de muncă al oamenilor, constituind primul element al unui proces continuu de îngrijire a sănătății.

Îngrijirile primare de sănătate sunt activități şi servicii cu caracter preventiv, curativ, de recuperare şi promovare oferite membrilor unei comunități la un preț la care comunitatea să şi-l poată permite şi să fie accesibile tuturor, reprezentând primul contact al acestora cu sistemul de îngrijiri de sănătate dintr-o țară.

Pentru a face IPS universal accesibile în comunitate, se cere din partea indivizilor şi a comunității participarea la planificarea, organizarea şi conducerea acestora. Această capacitate de participare se face cel mai bine printr-o educație

corespunzătoare, care să permită rezolvarea, la nivel de colectivitate, a adevăratelor probleme de sănătate, cu sprijinul celorlalte niveluri ale sistemului de sănătate.

Sursele care au condus la definirea îngrijirilor primare de sănătate au fost:

1. conştientizarea legăturilor între sănătate şi alte sectoare, subliniindu-se necesitatea unei abordări integrate, intersectoriale şi necesitatea echității accesului şi furnizării serviciilor de sănătate.
2. problematica legată de creşterea numerică a populației, şi care susține necesitatea dezvoltării serviciilor destinate mamei şi copilului.
3. abordarea „tehnologică" şi economică a bolilor şi a serviciilor medicale, care nu ia suficient în considerare aspectele sociale, economice şi politice ale vieții.
4. realizările înregistrate în domeniul sanitar în unele țări, ca urmare a implicării comunității în acțiunile medicale.

Conferința de la Alma-Ata afirma că sănătatea, care este o stare completă de bine din punct de vedere fizic, mental şi social, constând nu numai în absența bolii sau a infirmității reprezintă un drept fundamental al omului şi că atingerea celui mai înalt nivel posibil de sănătate reprezintă unul din obiectivele sociale importante pe plan mondial a cărei realizare implică în afara sectorului sanitar acțiunea şi a altor sectoare (economice şi sociale).

Politica privind „Sănătatea pentru toți" reprezintă o provocare pentru realizarea celei mai bune sănătăți de care să beneficieze toți locuitorii planetei, reprezintă o provocare pentru realizarea celei mai bune sănătăți, obținută prin aplicarea unei strategii eficiente ce se bazează pe experiența colectivă a țărilor din Regiune.

9.3. Principiile de bază ale îngrijirilor primare de sănătate

Principiile de bază ale îngrijirilor primare de sănătate formulate prin declarația de la Alma-Ata din 12 septembrie 1978 sunt:

1**. Distribuția echitabilă** – serviciile de sănătate să fie în mod egal accesibile atât în urban/rural cât şi pentru cei bogați/săraci;

2 **Implicarea comunității** – participarea activă la deciziile ce privesc propria sănătate, implicând fiecare individ în promovarea propriei sănătăți;

3. **Concentrarea asupra activității de prevenire** – rol important îl are medicul de familie, care poate depista mai uşor factorii de risc; asigură îngrijirea bolnavilor cronici la domiciliu;

4. **Tehnologie corespunzătoare** – acceptată, eficientă din punct de vedere al costului, ieftină şi disponibilă pe plan local;

5. **Abordarea multisectorială** – integrarea se face prin servicii sociale şi organizații nonguvernamentale; cuprinde activități ce se ocupă de nutriție, educație, condiții de locuit, apă potabilă etc.

9.3.1. Distribuția echitabilă

Distribuția echitabilă la serviciile de sănătate cu caracter preventiv, curativ şi de recuperare reprezintă un principiu de bază al îngrijirilor primare de sănătate, ce are drept scop accesibilitatea universală şi acoperirea corespunzătoare a celor mai importante nevoi de sănătate ale populației.

Furnizarea şi accesul la îngrijiri primare de sănătate precum şi distribuția echitabilă a acestora pentru membrii unei comunități, presupune absența restricțiilor de ordin: social, geografic, economic, cultural, organizațional sau a barierelor lingvistice. Cei care fac parte dintr-o categorie socio-economică defavorizată având nevoi speciale legate de sănătatea lor, ar trebui să fie protejați pentru a nu fi excluşi de la îngrijire, şi, mai mult, să aibă un acces crescut la serviciile medicale.

Îngrijirile primare de sănătate furnizate membrilor unei comunități în mod echitabil ar trebui să reducă decalajul dintre cei bogați şi cei săraci, accesul la îngrijiri de sănătate să nu depindă de venit.

Valorile indicatorilor care marchează standardul de viaţă al unei comunităţi respectiv durata medie a vieţii, indicatorii de mortalitate maternă, mortalitate infantilă şi juvenilă precum şi cei de morbiditate ar trebui să fie echitabili pentru toate categoriile socio-economice.

9.3.2. Implicarea comunităţii

Constă în participarea activă la deciziile ce privesc propria sănătate precum şi implicarea fiecărui individ în promovarea propriei sănătăţi. Pentru a fi eficace, promovarea sănătăţii trebuie făcută în mod continuu prin adoptarea unui stil de viaţă sanogen, prin implicarea individului, a familiei şi a întregii comunităţi.

Sistemul de îngrijiri ar trebui să încurajeze oamenii în luarea propriilor decizii privind starea lor de sănătate. În acest mod, furnizarea de informaţii detaliate despre sănătate şi îngrijirile de sănătate (utilizând diverse canale de comunicare) devine o responsabilitate publică. Totodată implicarea comunităţii în luarea propriilor decizii implică o mai bună implementare a programelor de sănătate la nivel populaţional.

9.3.3. Concentrarea asupra activităţii de prevenire

În activitatea de prevenire un rol important îl are medicul de familie, cel care poate depista mai uşor factorii de risc ce au influenţă asupra stării de sănătate, fiind cel care asigură îngrijirea bolnavilor cronici la domiciliu. Este important ca medicul de familie să cunoască mediul în care trăieşte bolnavul (de acasă, de la locul de muncă, mediul social şi deoarece mediul său de muncă îşi pune amprenta, prin factorii de risc, asupra producerii şi evoluţiei ulterioare a bolii). În consecinţă, fără a cunoaşte aceste detalii, diagnosticul de boală poate fi greşit sau inutil, utilizându-se procedee terapeutice care nu sunt necesare, costurile fiind crescute iar problemele reale vor rămâne nerezolvate.

De asemenea necesitatea îngrijirilor la domiciliu a crescut în raport cu modificările apărute în structura demografică a populaţiei, domiciliul fiind locul

unde sunt furnizate în mod frecvent îngrijirile primare de sănătate. Îngrijirile primare ar trebui să se adreseze în primul rând celor cu deficienţe fizice sau acelora cu probleme de sănătate mintală, pentru a-i putea face activi în mediul de acasă şi dacă este posibil chiar pe piaţa muncii.

În funcţie de nevoile pacienţilor ar trebui să fie accesibile îngrijirile de zi, îngrijirile de noapte, îngrijirile de scurtă şi respectiv de lungă durată, care să fie oferite la nivel de asistenţă primară sau să fie în strânsă legătură cu îngrijirile primare de sănătate.

Serviciile cu caracter preventiv ar trebui să coexiste cu cele curative şi de recuperare pentru că prevenirea deşi este vitală pentru rezolvarea problemelor la nivel comunitar nu oferă un răspuns la problemele strict individuale.

9.3.4.Tehnologie corespunzătoare

Conceptul de „Sănătate pentru toţi" adoptat de OMS prin Conferinţa de la Alma-Ata în 1978 şi devenind ulterior obiectiv fundamental al politicilor de sănătate din toată lumea, recomandă ca tehnologiile medicale utilizate să fie acceptate de populaţie, eficiente din punct de vedere al costurilor, ieftine şi disponibile pe plan local. Noţiunea de tehnologie înseamnă în acelaşi timp, informaţie, cunoştinţe, aparatură medicală şi echipamente utilizate în scopul obţinerii de beneficii. Tehnologiile corespunzătoare presupun o creştere a eficacităţii actului medical şi o scădere a costurilor. Noţiunea de tehnologie este un concept larg care include: medicamente, instrumente, aparatură, proceduri (medicale şi nemedicale) şi sisteme de suport organizaţional, cu ajutorul cărora sunt furnizate serviciile de îngrijire (David Banta).

9.3.5. Abordarea multisectorială

Cuprinde activităţi ce se ocupă de nutriţie, educaţie, condiţii de locuit, apă potabilă, integrarea realizându-se prin servicii sociale şi organizaţii nonguvernamentale. Starea de sănătate este influenţată atât în sens pozitiv cât şi în sens

negativ de o serie de factori cum ar fi de exemplu: condițiile de locuit, condiții de muncă, transportul, condiții socio-economice. Abordarea multisectorială nu se referă doar la îngrijirile primare de sănătate ci la toate sectoarele care pot influența bunăstarea globală a comunității: industria, agricultura, comunicațiile, educația etc.

Sistemul de îngrijiri de sănătate ar trebui să ofere o gamă largă de servicii preventive, curative, de recuperare orientate spre comunitate, familie şi grupurile vulnerabile cu risc crescut de îmbolnăvire.

9.4. Componente de bază ale îngrijirilor primare de sănătate

1. **Educația** pentru sănătate, prevenirea şi controlul bolilor;
2. **Promovarea** unei alimentații corecte;
3. **Asigurarea** cu apă potabilă, în cantitate adecvată şi o sanitație de bază;
4. **Îngrijirea** mamei şi copilului, inclusiv planningul familial;
5. **Imunizarea** împotriva bolilor infecțioase majore;
6. **Prevenirea** şi controlul bolilor endemice cu caracter zonal;
7. **Tratamentul** adecvat al bolilor curente şi vătămărilor;
8. **Asigurarea** cu medicamente esențiale.

9.4.1. Educația pentru sănătate, prevenirea şi controlul bolilor

Educația pentru sănătate este prima componentă a prevenției şi îngrijirilor primare de sănătate şi în acelaşi timp unul din obiectivele importante ale programului Organizației Mondiale a Sănătății „Sănătatea pentru toți”.

Educația pentru sănătate se deosebeşte de educația sanitară, deoarece nu are drept scop doar promovarea unor deprinderi de igienă şi sanitație ci se referă la:

- ridicarea nivelului de cunoştințe medicale în rândul populației, mai ales în domeniul sanogenezei, protecției mediului şi prevenției bolilor;

- formarea unor deprinderi corecte în rândul populației, deprinderi care să promoveze sănătatea.

Este recunoscut faptul că prevenția cea mai eficientă se realizează prin politici de promovare a sănătății inițiate la nivel populațional. Politica „Sănătatea pentru toți" pentru Regiunea Europeană a O.M.S. are drept scop realizarea unui potențial de sănătate completă pentru toată populația prin:

- promovarea şi protejarea sănătății oamenilor de-a lungul vieții;
- scăderea incidenței datorate principalelor grupe de boli.

Educația pentru sănătate ar trebui începută încă din primii ani de şcoală, utilizându-se noțiuni corespunzătoare vârstei şi care să fie predată de către persoane competente (medici de familie, medici specialişti, personal mediu de specialitate, profesori instruiți pe probleme de educație pentru sănătate) care să asigure transmiterea şi dezvoltarea unor atitudini şi deprinderi corecte ce au drept scop îmbunătățirea stării de sănătate.

9.4.2. Promovarea unei alimentații corecte

Strategiile privind promovarea unei alimentații corecte se bazează pe implicarea comunității şi o colaborare multisectorială în care accentul este pus pe:

- evaluarea şi monitorizarea stării de nutriție a populației sub aspect cantitativ şi calitativ;
- protecția consumatorului sub aspectul calității alimentelor;
- promovarea unui stil de viață sănătos;
- prevenirea toxiinfecțiilor alimentare, a hipovitaminozelor, a malnutriției protein-calorice, a deficitului în microelemente;
- ar trebui să crească disponibilitatea, accesibilitatea şi puterea de cumpărare a alimentelor de calitate de către populației.

9.4.3. Asigurarea cu apă potabilă, în cantitate adecvată şi o sanitație de bază

La ora actuală populația ar trebui să aibă acces universal la cantități suficiente de apă şi cu o calitate satisfăcătoare. Politicile de sănătate referitoare la protejarea resurselor de apă şi a apelor de suprafață prevăd:

- implementarea directivelor Uniunii Europene referitoare la contaminarea apei de băut cu nitrați;
- investiții în infrastructură, în special în uzinele care tratează apa reziduală;
- o grijă deosebită față de reziduurile din agricultură, comunitate sau industrie (pentru protejarea surselor de apă); ştiut fiind faptul că nu de puține ori apa de băut este contaminată cu nitrați, arsenic, pesticide, hidrocarburi policiclice aromatice consecință a activităților din industrie sau din agricultură.

9.4.4. Îngrijirea mamei şi copilului, inclusiv planningul familial

Sănătatea mamei şi copilului joacă un rol important în politicile de sănătate la nivel mondial deoarece:

- reprezintă grupuri vulnerabile cu risc crescut de îmbolnăvire;
- sănătatea femeii în general şi a mamei în special are consecințe majore asupra dezvoltării armonioase a copiilor;
- creşterea şi dezvoltarea armonioasă în perioada copilăriei va influența starea de sănătate a viitorilor adulți.

Din această perspectivă, conceptul „Sănătatea pentru toți" prevede o serie de politici de sănătate adresate țărilor lumii ce se referă la sănătatea mamei şi copilului:

- toți nou-născuții, copiii şi preşcolarii ar trebui să aibă o stare de sănătate mai bună asigurându-le în acest mod un start sănătos în viață;

- promovarea sănătății reproducerii prin implementarea programului de planificare familială, accesul la servicii de planificare familială, informarea populației privind prevenirea bolii cu transmitere sexuală, testarea şi consilierea HIV/SIDA, distribuirea în populație a mijloacelor contraceptive în scopul reducerii numărului de copii nedoriți;
- îmbunătățirea accesului la asistența primară acolo unde sunt oferite servicii de sănătatea reproducerii, servicii antenatale, perinatale, servicii de promovare a sănătății copilului (imunizarea cel puțin a 95 % din copii) şi prevenție a bolilor specifice copilăriei (cu instituirea unui tratament adecvat pentru copii bolnavi);
- ar trebui micşorat procentul copiilor cu o greutate mai mică de 2500 g la naştere; din acest punct de vedere ar trebui încurajată promovarea unei alimentații naturale a sugarului cel puțin 6 luni de viață,
- ar trebui întreprinse acțiuni la nivel comunitar, susținute prin măsuri legislative având drept scop scăderea numărului de copii abuzați, marginalizați sau abandonați;
- promovarea de politici care să scadă mortalitate infantilă şi juvenilă;
- politici care să scadă mortalitatea şi deficiențele ce se datorează accidentelor şi violențelor la copiii sub 5 ani;
- politici de sănătate care să aibă drept obiectiv scăderea sarcinilor nedorite în rândul adolescentelor, ştiut fiind faptul că există regiuni în lume în care se înregistrează numeroase decese materne din cauza avortului empiric sau a asistenței deficitare la naştere.

Conform estimărilor O.M.S la nivel mondial, se înregistrează anual un număr de 50 milioane sarcini finalizate prin avort din care aproape jumătate sunt practicate în condiții de risc crescut ce pun în pericol viața şi sănătatea femeii; pentru țările sărace numărul deceselor materne produse ca urmare a avortului empiric se ridică la 80 mii anual.

9.4.5. Imunizarea împotriva bolilor infecţioase majore

Între obiectivele „Sănătatea pentru toţi" se află şi cel care se referă la reducerea bolilor transmisibile (obiectivul 7). Conform acestui obiectiv ar trebui scăzut în mod semnificativ numărul bolilor infecţioase majore prin programe aplicate sistematic la nivel populaţional, în scopul eradicării, eliminării sau controlului bolilor infecţioase ce reprezintă probleme majore de sănătate publică. Astfel ar trebui întreprinse strategii de imunizare ce au în vedere eradicarea la nivel mondial:

- a poliomielitei, tetanosului neonatal, rujeolei, precum şi politici care să vizeze controlul difteriei, al incidenţei purtătorilor de virus hepatitic B; pentru bacilul *Pertusis* şi boala invazivă determinată de *Haemophilus Influentzae* tip B, pentru care incidenţa ar trebui să scadă (sub 1 la 100.000 locuitori).
- pentru sifilisul congenital incidenţa ar trebui să scadă sub 0,01 la 1000 nou-născuţi vii;
- rujeola congenitală să aibă o incidenţă mai mică de 0,01 la 1000 nou-născuţi vii;
- până în 2015 ar trebui ca incidenţa prin malarie să aibă o valoare sub 5 la 100.000 locuitori;
- ar trebui ca la nivel mondial să nu se mai înregistreze o mortalitate ca are drept cauză malaria dobândită autohton;
- în fiecare ţară ar trebui să se înregistreze o incidenţă şi o mortalitate scăzută la copil pentru HIV, alte boli cu transmitere sexuală, TBC, boli acute respiratorii şi digestive.

În România programul naţional de imunizării este finanţat de la bugetul de stat prin Ministerul Sănătăţii şi Familiei şi are drept scop prevenirea prin vaccinarea majoră a populaţiei împotriva mai multor boli: tuberculoza, poliomielita, hepatita B, difteria, tetanosul, rujeola, tusea convulsivă.

9.4.6 Tratamentul adecvat al bolilor curente şi vătămărilor

Se realizează prin tehnologiile adoptate în îngrijirile de sănătate, tehnologii care sunt reprezentate de intervenţiile şi cunoştinţele utilizate în îngrijirile medicale.

Noţiunea de tehnologie reprezintă un concept care include: necesarul de medicamente, instrumente, aparatură, proceduri medicale şi chirurgicale precum şi un sistem de suport organizaţional cu ajutorul căruia sunt furnizate îngrijirile medicale adecvate.

Evaluarea tehnologiilor medicale reprezintă o activitate multidisciplinară ce implică mai multe categorii de profesionişti: medici, asistenţi medicali, tehnicieni medicali radiologi, ingineri biomedicali, farmacologi, epidemiologi, specialişti în biostatistică, economişti, sociologi, cercetători din domeniul eticii etc.

Tehnologia adecvată în domeniul îngrijirilor primare de sănătate se referă la tratamentul corespunzător al bolilor curente şi al vătămărilor (traumatismelor).

Evaluarea tehnologiilor medicale reprezintă o activitate ce ţine cont de performanţa tehnică, de eficacitatea teoretică şi practică, de cost-eficacitate, de siguranţa ce o oferă populaţiei utilizarea acelei tehnologii (la un preţ care să fie accesibil atât pentru populaţie cât şi pentru factorii de decizie), de consecinţele sociale, aspectele politice legale referitoare la aplicarea acelei tehnologii.

9.4.7. Asigurarea cu medicamente esenţiale

Politicile de sănătate aplicate în majoritatea ţărilor lumii, încurajează vânzarea şi distribuirea de produse farmaceutice care să asigure necesarul de bază în asistenţa primară la cele mai mici costuri posibile.

Asistăm la ora actuală la o creştere a consumului de medicamente şi implicit a cheltuielilor pentru produsele farmaceutice. Chiar dacă în ţările dezvoltate economic trăieşte un sfert din populaţia globului, consumul de medicamente reprezintă 60 % din consumul mondial, restul de 40 % regăsindu-se în ţările în

curs de dezvoltare sau slab dezvoltate din punct de vedere economic. Dintre țările europene dezvoltate din punct de vedere economic, Germania rămâne țara cu cel mai mare consum de medicamente pe cap de locuitor (400 dolari SUA). Pentru o țară dezvoltată economic cu un standard de viață crescut, consumul farmaceutic nu scade aşa cum am aştepta să se întâmple, ci, el rămâne constant sau chiar se înregistrează rate de creştere ale acestuia.

Tabel 9-1 Conținutul relativ al asistenței medicale primare şi al celorlalte niveluri în îngrijire (White)

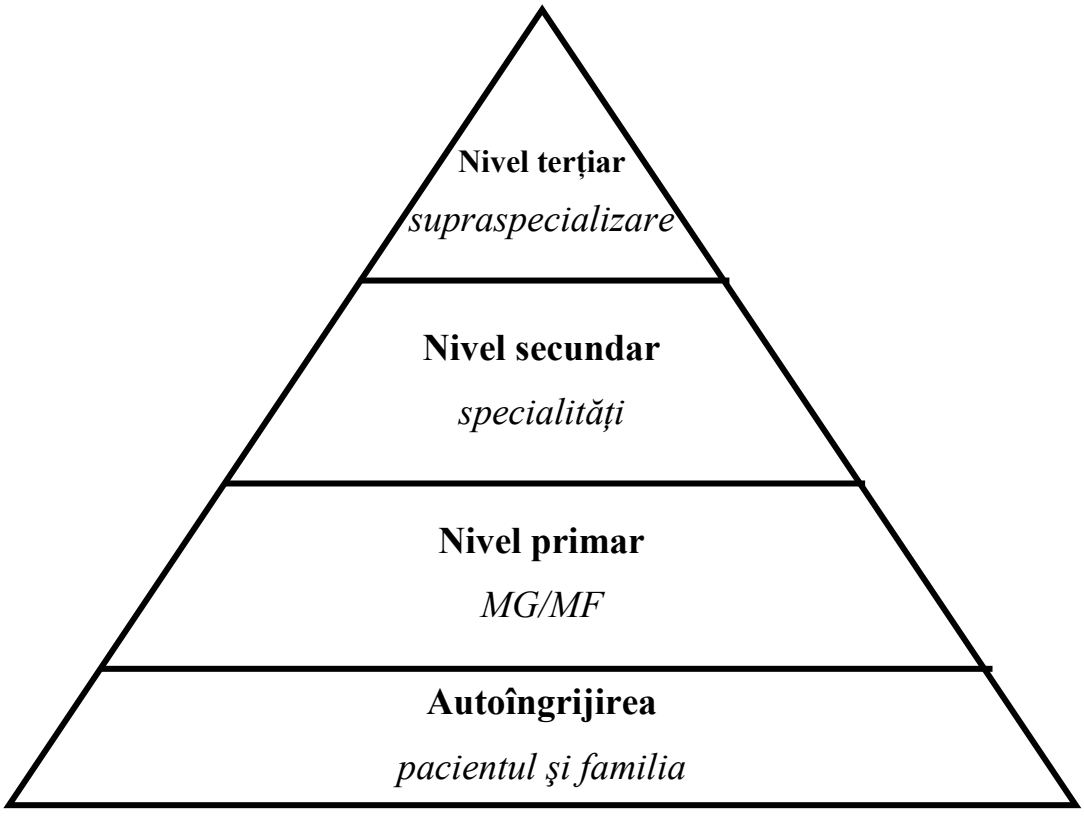
	Asistența primară	***Asistența secundară***	***Asistența terțiară***
Problema de sănătate			
Rară şi complicată	+	+	++++
Rară şi specifică	++	++++	++
Comună şi nespecifică	++++	++	+
Locul acordării asistenței			
În comunitate	++++	++	+
Spital general	++	++++	+++
Spital specializat	O	++	++++
Modalitatea de acces			
Direct	++++	+++	O
Cu trimitere	+	+++	++++
Extinderea responsabilității			
Îngrijire continuă	++++	+	+++
Îngrijire periodică	+	++++	+
Îngrijire circumstanțială	+	++	+++
Sursele de informații			
Pacientul şi familia	++++	++	+
Baze de date (epidemiologice)	++++	+++	+
Baze de date (biomedicale)	+	++	++++

Tehnologia necesară			
Echipament complex/personal înalt calificat	+	++	++++
Laborator cu dotare obişnuită	++++	++++	++
Interes special/Orientare			
Prevenție/Ocrotirea sănătății	++++	++	+
Diagnostic precoce/Evitarea complicațiilor	+++	+++	++
Reabilitare/Îngrijiri paliative	++	++	++++
Nevoi de formare			
Generale/Largi	++++	++	+
Complete/Concentrate	++	+++	++
Înguste/Înalt specializate	O	++	++++

O = necaracteristic; + până la ++++ = caracteristic în creştere

Carta de la Ljubljana a repus în centrul atenției interesul pentru rezultate şi ameliorarea stării de sănătate în cadrul politicii sistemelor de sănătate.

În cadrul oricărui sistem de îngrijiri de sănătate se deosebesc următoarele nivele:



CAPITOLUL 10

ÎNGRIJIRILE SPITALICEŞTI

Maria-Liliana Iliescu

10.1. Definiția spitalului. Istoric

Conform Legii privind Organizarea, Funcționarea şi Finanțarea spitalelor, spitalul este unitatea sanitară publică sau privată, cu personalitate juridică, care asigură servicii medicale de specialitate, preventive, curative, de recuperare şi reabilitare a persoanelor în îngrijire[1].

Spitalul trebuie să îndeplinească toate condițiile de autorizare prevăzute de lege.

Primele forme organizate ale asistenței spitaliceşti în Europa, în epoca medievală, apar în cadrul mănăstirilor sau pe lângă biserici. Înființate de către biserici, care şi-au asumat monopolul în domeniul asistenței spitaliceşti şi sociale, azilurile-spitale erau aşezăminte caritabile modeste, puțin încăpătoare, mai mult sau mai puțin accesibile populației nevoiaşe, care, la început, ofereau adăpost bolnavilor, bătrânilor şi pelerinilor săraci. Cei înstăriți beneficiau de îngrijire din partea medicilor la domiciliu[2].

Datorită caracterului mixt al acestor aşezăminte, *xenodochium* însemna, în acelaşi timp, instituția destinată atât bătrânilor săraci, cât şi bolnavilor lipsiți de mijloace, fiind întrebuințată şi denumirea de *domus hospitalis*[3].

Izvoarele istorice amintesc că în secolul al XI-lea (1061) ar fi existat un prim „Spital" medieval în cadrul mănăstirii benedictine din Mănăstur, lângă Cluj. Benedictinii au înființat spitale în mai multe țări europene. Ordinul Ioaniților şi al Sfântului Duh a ridicat şi în Transilvania hospitale sau xenodochii.

Dacă la începutul apariției sale spitalul oferea mai multe îngrijiri şi mai puțin tratament, astăzi situația s-a inversat, astfel încât prin serviciile pe care le

[1] **Cojocaru O., Frăteanu Ruxandra** – *Legislație privind sănătatea publică*, Ed. Lumina Lex, Bucureşti, 2002
[2] **Brătescu Gh.** (sub red) – *Spitale vechi şi noi.* Ed. Medicală, Bucureşti, 1981.
[3] **Răşcanu V., Năstase Gh:Gh., Bîrsan ŞT., Băileanu Gh**. – *Istoricul spitalului orăşenesc clinic de adulți din Iaşi,* vol. I, Ed. Medicală, Bucureşti, 1956.

oferă reprezintă o parte componentă a sistemului de îngrijiri de sănătate.

10.2. Organizarea spitalelor

Spitalele pot fi organizate, ținând cont de specificul patologiei, în spitale generale sau spitale de specialitate, având în structură secții şi compartimente destinate pentru tratamentul şi îngrijirea bolnavilor cu afecțiuni acute, afecțiuni cronice sau pentru recuperare. Secțiile sau compartimentele pentru cazurile de bolnavi acuți sau cazurile de bolnavi cronici pot funcționa în regim de spitalizare continuă sau discontinuă, de zi sau săptămână.

Spitalele pot avea în componența lor structuri care oferă posibilitatea acordării de servicii ambulatorii de specialitate. Aşa cum subliniază dr. Tr. Ionescu, se ia în considerare necesitatea redefinirii rolului spitalului. Între anii 1960–1980, primul model american de planificare adoptat după al II-lea război mondial a constat în extinderea şi dezvoltarea infrastructurii, fiind însuşit de țările din Est, cât şi de cele în curs de dezvoltare, ducând la[4]:

- Construcția de spitale şi creşterea numărului de paturi;
- Dezvoltarea spitalelor universitare;
- Asigurarea unui personal medical şi tehnic cu nivel înalt de competență profesională;
- Dotarea acestor spitale cu tehnologie din ce în ce mai performantă.

În consecință, s-a ajuns la creşterea cheltuielilor, bugetele ce au revenit spitalelor reprezentând 40-60% din bugetele alocate sănătății, fără îmbunătățiri evidente şi corespunzătoare acestor eforturi financiare în starea de sănătate a populației.

Anii 1980-2000, marcați de crize economice reflectate în stagnarea economiilor țărilor slab dezvoltate, au avut drept consecință scăderea alocațiilor bugetare destinate sectorului sanitar. Prin urmare, infrastructura spitalicească s-a degradat, cantitatea şi calitatea medicamentelor a scăzut, personalul a devenit supranumerar, iar nivelul salariilor a scăzut de asemenea.

[4] **Ionescu Tr.** – *Rolul spitalului în cadrul reformelor din domeniul sănătății.* Viața Medicală, nr. 13/2002

In acelaşi interval de timp, asupra sistemului de îngrijiri de sănătate, incluzând spitalul, se exercită presiunea crescută a constrângerilor sociale, economice, financiare, politice, ecologice, legislative şi tehnologice. [V.M. nr. 13/29.03.2002].

De exemplu, după 1946, în S.U.A. evoluția a avut următoarele direcții:

- Construirea de noi spitale şi creşterea implicită a numărului de paturi;
- Dotarea spitalelor cu tehnologie modernă;
- Diversificarea specialităților medicale cu apariția de noi specializări;
- Creşterea puterii de influențare exercitată de medici şi de instituțiile spitaliceşti, în special spitalele universitare, în luarea deciziilor de utilizare a resurselor şi a prezentării ofertei pentru serviciile specifice.

Drept urmare acestui tip de evoluție şi dezvoltare au crescut:

- Accentul pe îngrijirile din sectorul primar şi terțiar;
- Numărul de medici şi al personalului tehnic din spitale, cu o distribuție neomogenă a medicilor în teritoriu şi, implicit, costurile.

Ca răspuns la escaladarea costurilor, guvernul şi casele de asigurări au reacționat prin:

- Înmulțirea numărului de legi şi reglementări, norme şi normative;
- Controlul costurilor prin metode medicale şi financiare;
- Asigurarea creşterii rolului asistenței de ambulatoriu în acordarea îngrijirilor de sănătate;
- Favorizarea practicii de grup;
- Înființarea de centre de sănătate şi de organizații tip HMO (Health Maintenance Organization), PPOS (Prepared Provider Organization), IPAS (Independent Practice Associations) etc.
- Intervenția medicilor practicieni şi a societății civile în dezvoltarea unor servicii de sănătate diversificate în alte tipuri de unități sanitare decât spitalul.

Prin autoreglare, dar şi prin intervenții exterioare (sistemul de sănătate fiind un sistem deschis), sistemele de sănătate se modifică, rolul spitalului evoluând

de la cel de spital izolat, la cel de organizație multi-instituțională, cu legături spre comunitate, prin servicii ambulatorii proprii sau medici ce lucrează în sistem privat instituționalizat sau acordă îngrijiri la domiciliu, în contextul informatizării şi tehnologizării de vârf (Tr. Ionescu).

Dacă inițial spitalul a fost perceput ca principala modalitate de expresie a sistemului sanitar, actualmente accentul se pune pe medicina de familie, pe îngrijirile oferite de serviciile din ambulatoriile de specialitate.

În organizarea spitalelor trebuie să existe structuri care să asigure: diagnosticul şi tratamentul bolnavului în îngrijirile spitaliceşti, asigurarea calității serviciilor de sănătate. Spitalele sunt unități de îngrijire ce furnizează servicii curative complexe şi oferă asistență de specialitate în regim de urgență pentru cazurile grave. Spitalele situate în centrele universitare mari, acolo unde sunt şi facultăți de medicină, reprezintă pentru personalul medico-sanitar, bază de formare şi de perfecționare.

Marketingul pieței de servicii a făcut ca în anii 1990-2000 mărimea spitalului profitabil să se stabilească între 400-600 paturi, acesta oferind în acelaşi timp şi servicii ambulatorii în domenii cerute de piața de servicii de sănătate.

În România, conform ordinului M.S. nr. 508/19.07.1999, se prevede înființarea, organizarea şi funcționarea unor compartimente de specialitate cu profil de urgență în structura unor spitale. În consecință, structura organizatorică a spitalelor se completează cu un compartiment de specialitate denumit Unitate de Primire a Urgențelor (UPU), care asigură asistența medicală de urgență calificată, în principal pentru urgențe majore medico-chirurgicale. În funcție de necesități, UPU poate avea şi un serviciu mobil de urgență – reanimare.

UPU s-au organizat la nivelul spitalelor județene, spitalelor de urgență şi al altor spitale aprobate de Ministerul Sănătății şi Familiei.

10.3. Clasificarea spitalelor

Spitalele se ierarhizează pe categorii, în raport cu competența profesională a personalului, gradul de dotare şi alte criterii stabilite de Ministerul Sănătății şi

Familiei.

Criteriile de încadrare a spitalelor vor fi stabilite prin Ordin al Ministerului Sănătății şi Familiei.

În lucrarea sa „Economie şi Administrație Sanitară", ec. dr. Al. Popescu precizează o grupare în şapte tipuri de spitale[5]:

Tipul I – Spitalul rural nediferențiat (pe specialități), spitalul de întreprindere nediferențiat, micro-maternitatea;

Tipul II – Spitalul rural diferențiat, spitalul diferențiat de întreprindere;

Tipul III – Spitalul general unificat (integrat) cu unitățile de asistență ambulatorii din localitățile mici;

Tipul IV – Spitalul general unificat (integrat) din localitățile imediat mai mari;

Tipul V – Spitalul general unificat (integrat) din capitale de județ;

Tipul VI – Spitalul general unificat din centrele universitare;

Tipul VII – Spitalul de supraspecialitate, institutul de specialitate.

Organizația Mondială a Sănătății recomandă gruparea spitalelor în trei mari categorii[6]:

Categoria I – Spitalul general integrat diferențiat. Spitalul de primă linie, de prim contact cu populația, aşa numitul „The First Level Hospital", sau „The Front Line Hospital" sau „The Referral Hospital", care este un spital simplu, foarte accesibil populației, amplasat într-un oraş mic, moderat industrializat, centru al unei largi populații şi care, în descrierea de mai sus, ar grupa (înlocui) primele patru tipuri de spitale. Ele acordă o asistență medicală diferențiată în cadrul celor patru specialități elementare (de bază): interne, chirurgie, pediatrie, obstetrică-ginecologie;

Categoria II – Spitalul general din capitala de județ, numit în terminologia O.M.S., „The Secondary Level Hospital". Este un spital bine dotat, care coordo-

[5] **Popescu Al. Al.** – *Economie şi administrație sanitară*, Ed. Med., Bucureşti,1988

[6] **Winifried de Gooijer, Siem Tjam F., Stott G.** – *Hospital and Institutional Care*, *An Approach to a Generic Classification*,WHO. 2000

nează toate acțiunile sanitare din teritoriul județului, care rezolvă şi cazurile ce nu pot fi rezolvate în spitalele din eşalonul inferior. Acesta corespunde tipului V din clasificarea anterioară;

Categoria III – Spitalul general situat într-un centru universitar „The Territory Level Hospital". Acest spital, pe lângă asigurarea asistenței medicale a populației din teritoriul respectiv are – datorită modului în care este realizat, volumului sau încadrării şi dotării lui – şi sarcina de a rezolva toate cazurile dificile de pe teritoriul țării, are sarcini didactice, de cercetare şi, în general, de coordonare a asistenței medicale. Este o instituție de prim ordin pentru toate acțiunile pe care le întreprinde Ministerul Sănătății. Poate fi regăsit, în clasificarea menționată mai sus, la tipul VI.

Categoria IV – Spitalul de specialitate este rezervat populației cu probleme deosebite în profil unic. Este un spital bine dotat, cu înaltă tehnologie, ce rezolvă cazurile ce necesită o calificare de mare specialitate. Corespunde tipului VII din modelul anterior.

O altă clasificare a spitalelor este cea făcută în funcție de profilul serviciilor oferite populației, a duratei medii de spitalizare şi forma de proprietate. În funcție de aceste caracteristici spitalele se clasifică în:

- spitale pentru boli acute şi boli cronice;
- spitale generale şi de specialitate (chirurgie, pediatrie etc.);
- spitale monobloc şi pavilionare;
- spitale de stat în sistem public şi privat pentru profit şi non-profit.

10.4. Îngrijirile spitaliceşti

În diversele sisteme de sănătate, cuvântul "spital" este deseori folosit pentru a defini îngrijirile intramurale (spitaliceşti), prezentând însă variații relativ mari în funcție de natura îngrijirilor şi de contextul în care acestea sunt furnizate. Astfel, spitalul este identificat doar ca o instituție pentru „îngrijiri acute" sau în activitatea sa este inclusă o proporție mare de pacienți ce necesită îngrijiri cronice, aşa cum se întâmplă în spitalele pentru bolnavii cu afecțiuni psihice. În alte

situații, îngrijirile intramurale pentru „convalescenți" sau pentru cei aflați în „faza terminală a bolii" pot fi incluse sau nu în îngrijirile acordate în cadrul instituțiilor spitaliceşti.

Fiecare țară are tendința să clasifice spitalele în funcție de amplasarea lor geografică, adică spitale districtuale, de provincie sau regionale şi spitale de la nivel central. În acelaşi timp, spitalele de la nivel central pot fi clasificate în funcție de specialitate în spitale pentru boli infecțioase, spitale pentru boli renale, spitale pentru copii, spitale militare etc.

Atât organizațiile guvernamentale cât şi consiliile de conducere ale spitalelor întâmpină greutăți în evaluarea performanțelor şi realizarea unei comparații între propriile spitale, datorită variației în conceptele operaționale ce vizează aceste instituții. De asemenea, o grijă deosebită este necesară chiar atunci când se compară sistemele de sănătate între ele, întrucât conceptele despre îngrijirile de sănătate, organizarea serviciilor ce furnizează aceste îngrijiri precum şi modul de finanțare diferă foarte mult între țări, astfel încât comparațiile au o valoare limitată.

Danemarca, de exemplu, nu consideră îngrijirile la domiciliu şi instituțiile de îngrijire pentru persoanele cu handicap mintal că fac parte din sistemul de sănătate, în timp ce Olanda le asimilează ca atare. Germania include stațiunile de tratament în sistemul de sănătate, Elveția (parțial) de asemenea, în timp ce Olanda nu le consideră parte a sistemului de sănătate.

Dacă o instituție ce furnizează îngrijiri de sănătate este definită sau considerată spital, depinde de tradiție, cultură, istorie sau chiar interese (comerciale) speciale. Considerând spitalul drept „orice instituție care are mai mult de patru paturi", se pot aduce beneficii materiale pentru țara în care se aplică această definiție.

Îngrijirile de sănătate acoperă o gamă largă de servicii, şi trebuie acordate în conformitate cu nevoile populației, având o durată ce poate varia de la câteva minute până la 24 ore pe zi.

Indiferent de diversitatea situațiilor ce necesită îngrijiri, acestea au în co-

mun noțiunile de *timp, complexitate şi intensitate*, care pot acționa individual sau în combinație unele cu altele. Acest proces dinamic poate fi influențat de mulți factori, ca de exemplu:

- Acum 20 ani, operațiile de bypass erau cu mult mai riscante decât astăzi, unul din 20 de pacienți decedând pe masa de operație. În zilele noastre, datorită dezvoltării ştiințifice şi tehnologice, a scăzut complexitatea şi intensitatea unei astfel de intervenții, problemele chirurgicale coronariene fiind mai puțin consumatoare de timp. Dacă o singură operație de bypass dura, de obicei 8 ore, acum poate fi făcută în jumătate din acest timp.
- În anii ’70 şi ’80, în mod obişnuit, psihoterapia dura cel puțin un an. De atunci, datorită schimbărilor de opinie, este la modă psihoterapia pe termen scurt, fără ca să fie afectată eficiența actului terapeutic.

Aceste exemple ilustrează că îngrijirile de sănătate sunt procese dinamice, care răspund constant la dezvoltarea actuală.

Ținând cont de cele de mai sus, clasificarea diferitelor tipuri de îngrijiri de sănătate, clasificare acceptată în general în Europa, este în funcție de scopul şi natura lor.

În primul rând, trebuie făcută diferențe dintre tratament şi îngrijire, diferență care este în funcție de timpul necesar implicat şi de rezultatele obținute. Pe de o parte, tratamentul este de obicei o activitate de durată relativ scurtă, care vine în întâmpinarea unei nevoi, în special acute. Pe de altă parte, îngrijirea sugerează un răspuns pe o perioadă lungă de timp, la o posibilă şi permanentă cerere.

În al doilea rând, este diferența dintre îngrijirea ambulatorie şi cea instituțională. Distincția se referă la facilitățile implicate pentru asigurarea acestor îngrijiri, serviciile şi tehnologiile utilizate.

Îngrijirile ambulatorii necesită, de obicei, un nivel mai scăzut de complexitate şi investiții relativ modeste pentru facilități şi servicii necesare. Îngrijirile instituționale au tendințe opuse. Ca o alternativă, s-ar putea face distincție între

îngrijirile extramurale şi cele intramurale.

Ca o alternativă, s-ar putea face distincţie între îngrijirile extramurale (ambulatorii) şi cele intramurale (spitaliceşti).

10.5. Morbiditatea spitalizată

În urma analizei înregistrărilor medicale ale pacienţilor trataţi în spitale se obţin valori statistice cu importanţă pentru planificarea şi evaluarea serviciilor spitaliceşti[7].

Înregistrările medicale conţin date clinice, demografice, sociologice şi privind comportamentul. Abilitatea noastră de a identifica şi monitoriza datele importante pentru epidemiologie şi sănătate publică este limitată.

Datele statistice nu pot fi comparabile între diferite ţări, de multe ori nici în cadrul aceleaşi ţări deoarece mişcarea bolnavilor în spitale este în funcţie de numeroşi factori:

- Accesibilitatea la unităţile spitaliceşti;
- Adresabilitatea populaţiei;
- Regimul de asigurare a sănătăţii populaţiei.

Morbiditatea spitalizată studiază frecvenţa bolii în condiţii de spitalizare şi completează studiul morbidităţii într-o populaţie, utilizând indicatori de structură:

- (numărul de bolnavi cu boala „x”/total persoane internate) x 100
- (numărul de zile de spitalizare prin boala „x”/total zile) x 100.

Pentru morbiditatea spitalizată informaţiile se culeg mai uşor (foi de observaţie), dar reflectă numai „vârful icebergului” (J. P. Fox), fiind necesară completarea cu morbiditatea din cabinetele private, centre de sănătate, alte instituţii medicale (morbiditate non-spitalizată).

Foarte multe cazuri de îmbolnăvire rămân nedepistate. Clinicianul nu cunoaşte situaţia generală, obiectivă a îmbolnăvirilor, activitatea lui referindu-se în

[7] **Mureşan Petru -** *Manual de metode matematice în analiza stării de sănătate*, Edt. Medicală , Bucureşti , 1989

special la bolnavii internaţi, şi multe forme clinice scapă astfel internării[8].

J. Bergson (1946) subliniază că *morbiditatea spitalizată nu este reprezentativă pentru morbiditatea din teritoriul arondat spitalului* deoarece internările în spital depind de:

- dotarea spitalului;
- numărul de paturi;
- pregătirea şi comportamentul personalului;
- dorinţa bolnavilor de a se interna;
- în spital ajung frecvent formele grave de boală;
- se internează şi bolnavi din alte teritorii;
- frecvenţa mai mare a internării la sexul feminin.

Utilizarea numai a morbidităţii spitalizate pentru caracterizarea unei populaţii conduce la rezultate eronate descrise sub denumirea de „paralogismul lui Bergson”[9].

Cu toate că studiul morbidităţii spitalizate, pe baza clasificării foilor de observaţie clinică, nu oferă decât un aspect deformat al structurii şi dinamicii morbidităţii reale în teritoriu, el constituie o sursă importantă de cunoştinţe ştiinţifice, detaliate, precise ale bolilor care necesită spitalizarea, ale investigaţiilor efectuate, tratamentelor aplicate, intervenţiilor chirurgicale. Datele privind morbiditatea spitalizată trebuie să fie analizate în raport cu incidenţa şi prevalenţa cazurilor de boală din teritoriu, pentru a putea aprecia gradul de spitalizare a bolilor ce necesită sau nu internare[10].

Morbiditatea spitalizată nu poate caracteriza morbiditatea reală deoarece nu toate îmbolnăvirile trebuie spitalizate. În acelaşi timp, intervin şi o serie de factori şi anume:

- accesibilitatea la unităţile spitaliceşti (număr, distanţe, capacitate);
- adresabilitatea, care depinde de nivelul educativ sanitar al populaţiei;

[8] **Jenicek Milos** - *Epidemiologie : principes , techniques , applications*, Edisem Inc. , 1987
[9] **Enăchescu D., Marcu M.Gr.** – *Sănătate publică şi management sanitar*, Ed. All. Bucureşti, 1994.
Enăchescu Dan , Havriliuc C.A.- *Medicină Socială – Note şi suporturi de curs*, Bucureşti , 1992
[10] **Havriliuc C.A.,Vitcu Luminiţa** - *Sănătate publică şi management*; *Metode epidemiologice*–curs, U.M.F. Iaşi 1995

- regimul de asigurare a sănătății populației (cheltuielile de asistență).

Morbiditatea din spitale se poate studia pe:

- sexe;
- grupe de vârstă;
- medii;
- ocupații şi cauze concomitente.

Un aspect deosebit în cadrul mişcării bolnavilor în spitale îl reprezintă decesul. Uneori există o concordanță între cauza bolii şi decesul bolnavilor, dar alteori decesul survine ca urmare a unei boli concomitente.

Prelucrarea cauzelor multiple de boli corelate cu cauzele de deces ar fi forma cea mai adecvată de studiu, dar metoda este dificilă şi se poate aplica pe un număr restrâns de boli[11].

OMS a emis câteva recomandări privind morbiditatea spitalizată şi anume:

- Stabilirea diagnosticului de bază. Dacă acesta nu este cunoscut se va menționa simptomul sau problema de sănătate care a determinat internarea.
- Fişa de observație trebuie să cuprindă şi celelalte afecțiuni care au fost studiate sau tratate cu ocazia internării respective.
- Trebuie efectuată o clasificare şi o analiză a cauzelor.

În concluzie, la diagnosticul principal se clasifică bolile care au necesitat cele mai multe sau mai importante îngrijiri medicale.

În cazul în care pentru două sau mai multe afecțiuni s-au acordat îngrijiri similare, se clasifică boala cea mai gravă sau boala care corespunde secției în care se află internat pacientul respectiv.

10.6. Noțiuni de management spitalicesc

Spitalele există pentru a servi comunitatea în cadrul căreia funcționează, în conformitate cu nevoile de îngrijiri de sănătate.

Până la sfârşitul secolului al XIX-lea, doctorii nu au jucat un rol important

[11] **Duda Rene Corneliu -** *Sănătate publică şi management*, U.M.F Iaşi,1996

în cadrul managementului spitalului. Doar recent, spitalele au fost asemănate cu întreprinderile industriale, iar lucrătorii erau reprezentați de medici, care îşi desfăşurau activitatea doar în propriul domeniu. Din aceste motive, medicii nu erau implicați, şi nu aveau nevoie să fie angrenați în activitatea managerială (White, 1991): „La început, doctorii deținеau controlul total al pacientului, iar autoritatea nu le era pusă la îndoială, în cazul îngrijirii pacientului. Independența profesională a crescut atunci când practica medicală se desfăşura la domiciliu. Pe măsura dezvoltării spitalului, medicii au continuat să-şi păzească poziția, chiar atunci când bolnavul era internat în spital. În a doua jumătate a secolului al XX-lea, spitalul şi tratamentul medical devin mai complexe. Există un număr mare de persoane implicate în actul terapeutic, iar organizația spitalicească creşte în mărime, independența profesională devenind interdependență".

Bineînțeles că spitalele nu au fost fondate de medici, şi nici conduse de aceştia şi, ca o speculație interesantă, erau instituții foarte diferite de ceea ce ştim noi astăzi. Medicii nu făceau parte din organizarea inițială, deşi rolul lor era vital în cadrul spitalului, aceasta fiind explicația faptului că medicii, cu excepția propriilor spitale private şi a caselor de naştere, nu au deținut controlul instituției.

Drucker (1990) consideră spitalele ca făcând parte din organizațiile nonprofit, care sunt implicate în diverse afaceri, care furnizează bunuri sau servicii, sau care controlează: „O activitate şi-a atins scopul atunci când consumatorul cumpără produsul, plăteşte pentru el, şi este satisfăcut. Guvernul îşi îndeplineşte funcția atunci când politicile sunt eficiente. Instituțiile non-profit nu furnizează bunuri sau servicii, şi nu dețin controlul. Produsul spitalelor nu este nici o pereche de pantofi, nici o lege specifică. Produsul lor este o ființă umană schimbată. Instituțiile non-profit sunt agenți ce transformă oamenii".

Complexitatea spitalului, lipsa clarității în formularea scopurilor şi conflictele de interese dintre diferite grupuri, se constituie ca bariere greu de depăşit în vederea îmbunătățirii eficienței şi eficacității, precum şi a climatului de muncă (Hanlon şi Gladstein, 1984).

Un spital nu este doar o simplă organizaţie, ci o colecţie de imperii care, până nu demult, erau în competiţie pentru paturi, bani, forţă de muncă şi alte resurse. Administratorii erau priviţi ca „umili servitori ai regilor – medici". Administratorii coordonau şi încercau să menţină în stare funcţională clădirea şi personalul non-medical.

Urmând numeroasele reorganizări, au apărut noi tipuri de administratori şi funcţionari, însă fără mare autoritate sau putere; erau consideraţi „menajeri" reuşind cu greu să controleze (parţial) spitalul.

Raportul Griffiths (Anglia 1983) subliniază necesitatea implicării medicilor în managementul resurselor.

Stadiul de parteneriat este rezultatul final al unui lung şi, deseori, dificil proces pentru ambele părţi, dar reprezintă etapa cea mai uşoară, întrucât managerii şi medicii au fost împreună în toate stadiile anterioare, înţelegând cu adevărat ce înseamnă un management descentralizat, în beneficiul pacientului.

10.7. Cheltuielile spitaliceşti

Astăzi, spitalul este considerat, corect, cel mai mare consumator de fonduri, încercându-se să se găsească o soluţie, dacă nu de optimizare, măcar de îmbunătăţire a activităţii acestuia.

Îngrijirile spitaliceşti consumă, în general, 45-75% din resursele alocate îngrijirilor de sănătate. Existenţa alternativelor mai puţin costisitoare decât îngrijirile spitaliceşti, conduc la opinia că se pot opera reduceri ulterioare la nivel de servicii spitaliceşti. Decidenţii politici se confruntă cu întrebări asupra rolului de lungă durată al spitalului, al viitoarei sale configuraţii şi al implementării schimbărilor în sistemul spitalicesc.

La nivelul spitalelor, cel mai mult se cheltuieşte în ţările din centrul şi estul Europei, cu o medie de 54%. Suma cheltuită pentru medicamente din banii publici reprezintă, în medie, 13%.

În comparaţie cu ţările OECD, în România se cheltuieşte relativ mult pentru medicamente, dar în cifre absolute, cheltuielile per capita sunt printre cele mai mici din regiune, însemnând 14 $, comparativ cu 94 $ în Cehia, sau 83 $ în

Ungaria.

În anul 1999, aceste cheltuieli au crescut cu aproximativ 129%, situație datorată şi introducerii sistemului de asigurări şi creşterea reală a fondurilor publice disponibile. Tendința pentru țările dezvoltate este de a reduce cheltuielile spitaliceşti, crescând sumele ce revin serviciilor ambulatorii.

În țările OECD, veniturile medicilor, de toate categoriile, sunt de peste 5 ori mai mari în medie, decât venitul mediu pe economie, iar pentru asistentele medicale este dublu.

Costurile cele mai scăzute se înregistrează în spitalele de primă linie (de prim contact) față de spitalele supra specializate cu nivel crescut de competență şi unde costurile sunt foarte ridicate.

10.8. Finanțarea spitalelor

„Piața banilor" presupune relații între beneficiari, furnizori (individuali sau instituționali) şi intermediari financiari (terți plătitori). Beneficiarii sunt persoanele acoperite de un plan de îngrijiri de sănătate (rezidenți ai unei unități teritorial – administrative sau asigurați). Un intermediar financiar este o organizație care colectează sau primeşte bani utilizați pentru finanțarea asigurărilor de sănătate şi serviciile de îngrijiri de sănătate, şi pentru plata furnizorilor.

Obținerea unor servicii de îngrijiri spitaliceşti care să corespundă unor norme şi indicatori statuați prin politici guvernamentale, nu se poate realiza făcând abstracție de realitățile socio-economice actuale.

Este necesară abordarea intersectorială, pentru influențarea principalilor determinanți ai sănătății ca şi pentru consolidarea funcțiilor sănătății publice în cadrul serviciilor de sănătate. Pentru ca serviciile de sănătate să răspundă şi să corespundă acestor cerințe, fondurile destinate îngrijirilor curative ar trebui să fie deplasate (parțial, bineînțeles), către îngrijirile curative şi de la îngrijirile secundare şi terțiare, către cele din sectorul primar. Procesul de luare a deciziilor trebuie să fie nu numai strategic, dar şi aplicabil în realitate, ținând cont că rezultatele presupun multe aproximări şi compromisuri. Politicile adoptate trebuie să

vizeze lipsa rezultatelor financiare ce se focalizează în principal, într-o primă etapă, pe controlul costurilor, în condițiile asigurării accesului tuturor celor ce au nevoie de îngrijiri specializate, şi a accesibilității financiare prin acțiunea asupra asiguratorilor.

Finanțarea serviciilor spitaliceşti trebuie făcută în concordanță cu obiectivele şi prioritățile acestora, stimulând în acelaşi timp furnizorii de servicii pentru a produce îngrijiri de calitate. Măsurile luate nu trebuie evaluate doar în termeni de succes în controlul costurilor, ci şi în funcție de realizarea unor obiective sociale, care includ echitatea, eficiența şi câştigurile în starea de sănătate a populației, în condițiile unui buget limitat alocat spitalelor.

10.9. Mecanisme de plată

Finanțarea spitalelor se realizează prin următoarele mecanisme de plată: plata per serviciu, plata bazată pe diagnostic – experimentul DRG, plata prin capitație, bugetul global, plata pe zi de spitalizare.

10.9.1. Plata per serviciu

Plata per serviciu reprezintă un mecanism de plată prin care un furnizor de îngrijiri de sănătate sau o organizație primeşte o plată de fiecare dată când oferă un serviciu rambursabil (consultații, proceduri chirurgicale, teste diagnostice). Poate fi folosită pentru alocarea fondurilor pentru organizații şi pentru remunerarea personalului de sănătate dintr-o organizație. Plata se efectuează numai după furnizarea serviciului, fiind direct proporțională cu numărul serviciilor furnizate.

Plata per serviciu încurajează eficiența tehnică în producția unui serviciu, prin minimizarea costurilor resurselor utilizate; nu încurajează eficiența în privința alegerii serviciilor şi frecvenței acestora în tratarea unui pacient sau a unui episod de boală; este stimulată dorința de a oferi mai multe servicii decât este necesar.

10.9.2. Plata bazată pe diagnostic. Experimentul DRG

DIAGNOSTIC RELATED GROUPS.

Numită şi *plata pe caz*, reprezintă un mecanism ce se bazează pe performanţele spitalului, adică pe numărul, respectiv complexitatea cazurilor, unitatea de calcul fiind costul unui caz (diagnostic) tratat. Ţările ca folosesc această modalitate de finanţare utilizează ca unitate de calcul, costul unui grup de diagnostice similare sub aspectul clinic şi al costurilor.

Plata bazată pe diagnostic este un mecanism în care furnizorul sau organizaţia primeşte o plată fixă, stabilită în prealabil, de fiecare dată când tratează un individ cu un anumit diagnostic specificat. Metoda este folosită mai mult pentru alocarea fondurilor către organizaţii, decât pentru plata personalului.

Plata pentru fiecare categorie de diagnostic este stabilită în prealabil, fiind egală cu costurile medii sau aşteptate pentru un diagnostic anume, şi nu variază în funcţie de serviciile care sunt furnizate în mod real pentru a trata un anumit pacient.

Când costul serviciilor furnizate unui pacient depăşeşte plata fixă bazată pe diagnostic, atunci costurile în exces sunt suportate de organizaţia furnizoare de îngrijiri; când costurile reale sunt mai mici, organizaţia păstrează diferenţa.

Metoda a fost implementată la sfârşitul anilor ’60 în SUA, ca instrument de măsurare a producţiei de servicii a spitalelor, şi introdusă în 1983 ca instrument de plată în cadrul programului Medicare (program de finanţare a asistenţei medicale pentru vârstnici).

În România, în perioada 1 octombrie 1994 – 31 septembrie 1995 s-a experimentat în 3 spitale (clinic – Cluj-Napoca, judeţean - Ploieşti şi municipal – Câmpina), sistemul DRG după modelul din SUA.

Pentru aplicarea sistemului DRG sunt necesare:

- Crearea cadrului organizaţional al spitalului – secţii de scurtă durată de internare;
- Informatizarea, prin introducerea calculatoarelor în spitale;
- Studiul pacienţilor spitalizaţi pe cauze de boală, grupate pe clase de boli.

În stabilirea competenței spitalelor se iau în calcul existența spitalelor mai mici, orăşeneşti şi rurale, mult mai slab dotate şi încadrate, cu o slabă eficacitate şi eficiență, care totuşi nu se pot desființa, ele având de multe ori un caracter de asistență socială.

Esența metodologiei experimentului constă în calculul costurilor individuale ale pacienților spitalizați, separat pentru investigații, tratamente, medicamente, salarii, hrană, consum de apă şi lumină, reparații şi construcții.

Cota parte a elementelor menționate se stabileşte la început de an şi se recalculează trimestrial în timpul anului (salarii, apă, lumină).

Plata bazată pe diagnostic, prezintă o serie de consecințe:

- o mai bună urmărire a modului în care sunt cheltuiți banii;
- scade durata medie de spitalizare;
- obținerea de fonduri mai mari pentru spitalele de gradul trei, care rezolvă cazurile dificile dintr-o anumită zonă;
- posibilitatea de a reinterna pacienții la scurt timp după externarea din spital.

Deoarece spitalul va avea tendința de a face economii uneori în detrimentul calității actului medical, acest lucru poate duce la scăderea calității îngrijirilor oferite populației.

10.9.3. Capitația

Capitația este un mecanism de plată prin care furnizorul primeşte o sumă fixă, anterior specificată pentru fiecare interval de timp (o lună, un an) pentru fiecare individ pentru care este responsabil în satisfacerea unor nevoi de sănătate definite. Poate fi utilizată atât pentru plata unei organizații, cât şi pentru plata personalului din organizație. Suma de bani primită pentru fiecare individ este stabilită anterior, şi nu variază cu serviciile oferite în realitate persoanei respective. Rata capitației este determinată evaluând costurilor estimate pentru asigurarea nevoilor de îngrijiri de sănătate ale beneficiarilor acoperiți de respectiva organizație.

Capitația oferă stimulente pentru a oferi îngrijiri în mod eficient tehnic, şi cost-eficace, pentru a oferi numai îngrijiri care sunt adecvate.

10.9.4. Bugetul global

Bugetul global este mecanismul de plată prin care o organizație, grup de furnizori sau furnizor individual primeşte un buget total pentru o perioadă definită de timp. Bugetul global poate avea la bază anumite criterii: costuri istorice; număr de servicii furnizate; număr şi tipuri de episoade de îngrijiri (în trecutul recent sau aşteptate în viitorul apropiat); populația deservită.

Suma simplă a capacităților pentru toți indivizii pentru care o organizație furnizoare acceptă să fie responsabilă, se poate constitui într-un buget global.

Când sunt stabilite în mod prospectiv, bugetele globale au eficiență în limitarea costurilor, oferind libertate în utilizarea fondurilor.

10.9.5. Plata pe zi de spitalizare

Constă dintr-o sumă fixă pentru fiecare zi de spitalizare care se multiplică cu numărul total de zile. Este o modalitate de plată pentru spitalele din Europa Centrală şi de Est, ce are ca dezavantaje: creşterea numărului de paturi din spital şi încurajarea internărilor prelungite.

10.10. Evaluarea activității spitalelor

Evaluarea în domeniul sanitar se bucură de un prestigiu enorm. Majoritatea țărilor(S.U.A., Canada, Franța, Australia) au înființat organisme a căror sarcini este de a evalua noile tehnologii[12].

Evaluarea presupune întotdeauna o comparație între o situație anterioară, ca punct de plecare, şi o situație ulterioară, obținută după aplicarea unei activități instituită în scopuri bine definite.

Activitatea şi implicit performanțele unui spital depind de următorii factori :

[12] **Druguş L.** – *Economica & Politica Sănătății. Managementul sănătății*. Ed. Sedcom Libris, Iaşi, 2000

- mecanismele de finanțare a spitalelor;
- factorii legislativi existenți în vigoare;
- factorii ce țin de resursele umane (număr personal medical, gradul de competență şi structura acestuia);
- managementul spitalului;
- dotarea cu tehnologie;
- existența stimulentelor pentru personalul medical.

Evaluarea activității spitalelor se face prin următorii indicatori:

- număr de paturi spital la 1000 locuitori (indice de asigurare cu paturi ce arată capacitatea de a oferi îngrijiri spitaliceşti);
- număr de internări la 100 locuitori;
- durata medie de spitalizare;
- număr de externări inclusiv decesele şi pacienții rămaşi internați la sfârşitul unei perioade (luna, trimestru, an);
- număr de decese (mortalitatea în serviciile spitaliceşti);
- număr complicații (ținând cot de vârstă, sex, boli asociate afecțiunii de bază; se calculează în primele 24 ore, la o zi, la două zile);
- rata infecțiilor nosocomiale (arată calitatea actului medical);
- zile de spitalizare la 100 locuitori;
- utilizarea paturilor (valoarea optimă trebuie să fie de 280 – 300 zile pe an);
- rulajul bolnavilor (număr zile utilizare a paturilor într-un an/durata medie de spitalizare; valoare optimă 35,0 – 37,5);
- rata de ocupare;
- număr de reinternări;
- durata de spitalizare până la punerea diagnosticului; media ar trebui să fie mai mică de 72 ore până la maxim 3 zile (pune în evidență calitatea actului medical);
- indice de concordanță între diagnosticul clinic, de laborator şi radiologic (indicator de eficiență, ce reflectă modul de raționament al medicului);

- cheltuieli bugetare:
  - pentru un pat
  - pentru un bolnav
  - pentru o zi de spitalizare
  - pentru o boală sau grupe de boli
  - pe medici curanți
- cheltuieli pentru medicamente (abordare medicală şi economică)
  - pentru un pat
  - pentru un bolnav
  - pentru o zi de spitalizare

Numărul paturilor de spital ce revin la 1000 locuitori variază de la o țară la alta; astfel în anul 2000 pentru România indicatorul a fost de 1,9 comparativ de exemplu cu Elveția unde la 1000 de locuitori revin 18,1 paturi; rata internărilor la 100 locuitori pentru România este de 24,4; Elveția înregistrând 14,6 internări la 100 locuitori.

În cele mai multe țări dezvoltate, spitalele se grupează în cele cu durată scurtă de internare şi cu durată lungă, cu dotări şi încadrări de personal mai reduse, în unele din ele medicul vizitând doar periodic bolnavii convalescenți, sau pe cei cu maladii cronice în perioada neacutizată, în rest asistența fiind asigurată de personal mediu (Nursing-Home în Marea Britanie). În aceste condiții se explică durata de spitalizare de 6,6 zile în spitalele din SUA, sau o durată de spitalizare de 3,8 zile în apendicectomie, comparativ cu 8,1 zile în România (1990). (Al. Popescu, Asistența şi Protecție Socială).

În continuare vom prezenta câțiva indicatori de eficiență a spitalelor.

1. Durata medie de internare – exprimă numărul mediu de zile de internare în unitățile de asistență medicală ce revin pe un bolnav sau persoană internată, într-o anumită perioadă de timp. Valoarea indicatorului variază în funcție de profilul secțiilor, de mijloacele tehnice de investigație şi tratament, de caracterul asistenței medicale (gratuită sau cu plată), de profilul afecțiunii (acută/cronică), de amplasarea unității (rural/urban), de modul de organizare a activi-

tăţii.

Durata medie de internare se calculează după formula:

$$D.m.i. = \frac{Nr.\,de\ zile\ de\ internare\ \ contabile\,(zile\ efective)}{Nr.\,de\ bolnavi\ \ spitalizaţi\ în\ cursul\ anului}$$

2. Indicele de spitalizare – reprezintă proporţia de spitalizări la 100 locuitori (sau 1000) şi este egal cu:

$$\frac{Nr.\,de\ spitalizări}{\overline{P}} \times 100$$

Acest indice variază de la o zonă la alta, încât o imagine mai reală este dată de calcularea unei medii pe ţară, deoarece zonele de atracţie sunt variabile pentru fiecare spital în parte în funcţie de profil, dotare şi accesibilitate.

3. Utilizarea medie a paturilor trebuie să fie de 280-300 zile pe an, reprezentând 77-82%. Utilizarea anuală a fondului de paturi poate fi influenţată de scoaterea lor din funcţie pentru reparaţii, dezinsecţia saloanelor, carantină etc.

$$Utilizarea\ paturilor = \frac{Nr.\,de\ zile\ de\ internare\ \ contabile\ \ (zile\ efective)}{Nr.\,mediu\ de\ paturi\ \ care\ au\ funcţionat\ \ în\ \ cursul\ anului}$$

4. Rulajul bolnavilor la un pat reprezintă capacitatea unui pat de spital de a deservi un număr de bolnavi, care variază după profilul paturilor, tipul de spital, amplasarea acestuia în urban sau rural, şi se numeşte funcţia patului. Acesta se exprimă prin număr de bolnavi care rotează pe un pat în cadrul unui an, şi se calculează după formula:

$$Rulajul\ \ bolnavilor = \frac{Nr.\,de\ zile\ de\ utilizare\ \ a\ \ \ paturilor\ \ într\text{-}un\ an}{Durata\ medie\ de\ spitalizare}$$

Dacă apreciem durata medie de spitalizare de 8 zile/bolnav, şi utilizarea medie a paturilor, de 280-300 zile/an, atunci valoarea acestui indicator ar fi de 35,0-37,5.

5. Indicele de asigurare cu paturi de asistenţă medicală oferă o imagine a capacităţii de a oferi asistenţă spitalicească, şi se calculează după formula:

$$Indicele\ de\ asigurare\ \ cu\ \ paturi = \frac{Nr.\ paturi\ \ spital}{Nr.\ \ locuitori} \times 1000$$

Nivelul acestui indicator este determinat de nivelul şi structura morbidității, structura populației pe grupe de vârstă şi sexe, de nivelul de dezvoltare socio-economică a unei țări, de posibilitatea de pregătire a profesioniştilor.

În majoritatea țărilor vest-europene, numărul total al paturilor de spital a scăzut semnificativ în perioada 1980-1993, scădere ce a fost însoțită şi de reducerea duratei medii de spitalizare. Aceste reduceri sunt rezultatul probabil al politicilor de control al costurilor, schimbărilor în tehnologie şi al protocoalelor terapeutice, precum şi creşterea importanței şi adresabilității în sectorul îngrijirilor primare şi sociale.

În general, țările din Europa de Est şi din cadrul Comunității Statelor Independente au avut rezerve remarcabile la nivelul numărului de paturi (în asociere cu un număr mare de internări şi durată de spitalizare crescută). Paturile de spital erau stabilite ca număr prin norme de planificare, iar plata serviciilor spitaliceşti era în acord cu numărul de paturi.

6. Rulajul pe pat reprezintă numărul total de pacienți internați (externări + decese) raportat la numărul de paturi. De exemplu pentru spitalele de primă linie (de prim contact) rulajul pe pat este mare, iar durata medie de spitalizare mică, (pentru că perioada de internare este scurtă comparativ cu spitalele de gradul trei unde perioada de internare este mare şi rulajul este mic).

7. Rata de ocupare (utilizarea medie a paturilor) reprezintă numărul de zile de spitalizare dintr-un an calendaristic, raportat la produsul dintre 365 zile ale anului şi numărul de paturi x 100.

Există o relație care se stabileşte între rulajul pe pat, durata medie de spitalizare şi gradul de ocupanță.

$$Ocupanță = \frac{Durata\ medie\ de\ spitalizare\ \times\ rulajul\ \ pe\ pat}{365\ de\ zile}$$

$$Durata\ medie\ de\ spitalizare = \frac{365\ zile \times ocupanța}{Rulajul\ \ pe\ pat}$$

$$Rulajul\ pe\ pat = \frac{365\ zile \times ocupanța}{Durata\ medie\ de\ spitalizare}$$

10.11. Indicatori ai activității medicale în România

La sfârşitul anului 2001, în România existau 446 spitale din care 442 în sistem public şi 4 în sistem privat; numărul paturilor fiind de 167888, revenind 7,5 paturi la 1000 locuitori. Din totalul paturilor de spital, ponderea cea mai mare o deține medicina internă (20,8%), urmată de chirurgie (15,2%), psihiatrie şi neuropsihiatrie (10,9%), obstetrică-ginecologie (9,1%) şi pediatrie (7,5%).

Ca şi cauze de spitalizare ponderea cea mai mare o au bolile aparatului respirator (14,9%), urmată de bolile aparatului circulator (13,2%), bolile aparatului digestiv (11,7%), bolile genito-urinare (9,5%), complicațiile sarcinii, naşterii şi lehuziei (7,1%), apoi tumori, traumatisme, otrăviri, bolile infecto-parazitare, bolile sistemului osteo-articular, bolile endocrine, metabolism şi nutriție, bolile pielii şi țesutului subcutanat (2,1%) *(Sursa: C.C.S.S.D.M., 2002)*.

Fiecare spital încheie un contract cu Casa Județeană de Asigurări de Sănătate pentru serviciile medicale furnizate populației şi care au fost în prealabil negociate.

Se remarcă o scădere a duratei medii de spitalizare de 8,6 zile în 2001, comparativ cu anul 1996 (10,4 zile), fapt explicat prin rezolvarea unui număr mare de cazuri la nivelul rețelei de medicină primară în care medicul de familie are un rol important, ajungând în spital astfel numai cazurile care necesită investigații şi tratamente de specialitate.

Adaptarea activități spitalelor la presiunea crescută determinată de necesitatea limitării costurilor, dar şi de creşterea necesarului de resurse, se face printr-un proces de substituție, de regrupare continuă a resurselor în cadrul instituțiilor de îngrijire, pentru a selecta soluțiile cele mai bune.

Astfel, trebuie să crească ponderea îngrijirilor la domiciliu în locul celor spitaliceşti, în cazul îngrijirilor de lungă durată. Creşterea ponderii serviciilor

sociale şi comunitare oferă cel mai mare potențial pentru reducerea costurilor şi oferirea unor servicii mai bune pentru pacient.

Îmbunătățirea utilizării activității spitalelor înseamnă, în esență, orientarea către pacienți.

În contextul îngrijirilor de sănătate şi a serviciilor oferite în cadrul instituțiilor spitaliceşti, pacienții cer să li se permită să aibă un cuvânt mai important de spus în probleme cum ar fi selectarea spitalului şi, în cadrul acestuia, a medicului, precum şi în problemele clinice, de tipul participării la procesul de luare a deciziilor medicale elective.

Rețeaua spitalicească trebuie să suplinească neajunsurile unei rețele de servicii sociale şi comunitare aproape inexistente, ocupându-se de aşa-numitele cazuri sociale.

Dezvoltarea sistemului de îngrijiri la domiciliu, pe lângă asigurarea continuității îngrijirilor la domiciliu, poate induce creşterea rolului medicului de familie. În consecință, se modifică structura cazurilor internate în spital, cu evitarea reinternărilor neplanificate şi scurtarea duratei de spitalizare. Creşte astfel eficiența utilizării şi activității spitalelor, reflectată şi în scăderea costurilor.

În anul 2001, în România erau 42.339 medici (Anuarul Statistic al României, 2002) cu un indice de asigurare cu medici de 18,9 medici la 10.000 locuitori şi de 529 locuitori la 1 medic, de 191,4 medici la 100.000 locuitori (2000).

Densitatea medicală înregistrată în țara noastră este apropiată de cea a Marii Britanii (164 medici la 100.000 locuitori), a Irlandei (167 medici la 100.000 locuitori). Dintre țările europene în Spania există cea mai mare densitate medicală (400 medici la 100.000 locuitori). În statele cu sisteme de sănătate tip Bismarck, acest indicator are valori mai mari; iar pentru țările occidentale cu sisteme de sănătate de tip Beveridge (finanțate din taxe şi impozite generale) densitatea medicală este moderată.

Referitor la procentul medicilor ce lucrează în spital, acesta variază de la 22,5% în Franța, până la 72,3% în Portugalia. În România, ponderea acestora se situează în jurul valorii de 40%, valoare comparabilă cu cea a Belgiei. În ceea ce

priveşte indicele de acoperire cu medici de spital, acesta este în România de 72,3 medici la 100.000 locuitori. Valoarea maximă a densității medicilor se înregistrează în municipiul Bucureşti (424,4 medici la 100.000 locuitori); valoarea minimă de (67,1 medici la 100.000 locuitori) înregistrându-se în Bistrița-Năsăud.

În acest context, când îngrijorarea privitoare la costurile din sănătate au crescut, spitalele au devenit ținta principală şi preferată în politicile de reformă.

Actualmente în spitalele din România a fost implementată finanțarea prin metoda bugetului global fix bazat pe istoricul costurilor cu cea de tip DRG. Metoda bugetului global fix a reprezentat pentru mult timp, modalitatea de plată pentru toate unitățile sanitare. Limitarea consumului de resurse financiare precum şi creşterea eficienței actului medical, s-ar putea obține prin combinarea bugetului global fix cu modalitatea de finanțare pe caz diagnostic. Modelul DRG introdus inițial într-un număr de 23 spitale din România, actualmente este extins la majoritatea spitalelor.

Există mai multe modalități de spitalizare care au venit în întâmpinarea costurilor:

- **spitalizare parțială** care poate fi:
  - *spitalizare de zi* ce constă în efectuarea investigațiilor şi tratamentului în timpul zilei; se utilizează atunci când pacientul poate părăsi spitalul;
  - *spitalizare de o zi* când se concentrează în maxim 12 ore examinările, investigațiile, asistența medicală rezolvând în totalitate cazul respectiv;
- **spitalizare integrală** care poate fi:

- *cu caracter continuu* - când se asigură asistența medicală, curativă şi de recuperare în mod continuu
- *cu caracter săptămânal* – de luni până vineri, interval în care se realizează toate investigațiile şi tratamentul pentru rezolvarea cazului respectiv; în secțiile în care există această modalitate de spitalizare, pentru zilele de sâmbătă şi duminică nu se desfăşoară nici un fel de activitate.

În sistemul de asigurări sociale de sănătate din România se acordă următoarele tipuri de servicii medicale spitaliceşti:

- consultații
- investigații
- stabilirea diagnosticului
- tratament medical, chirurgical, de recuperare
- îngrijire, medicamente, materiale sanitare
- cazare şi masă.

Internarea în spital se face pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la medicul din ambulatoriul de specialitate (policlinică) care a încheiat contract cu Casa Județeană de Asigurări de Sănătate, la care se adaugă urgențele medico-chirurgicale. Când trimiterea este făcută de un medic care nu are contract cu CJASS – necesitatea internării cazului respectiv o decide medicul de gardă. În intervalul de 24 ore de la internare, şeful de secție, va decide dacă persoana respectivă va rămâne sau nu, mai departe în spital.

Pentru persoanele asigurate, costul serviciilor medicale spitaliceşti este suporta de CJASS.

Pentru persoanele care aveau obligația să se asigure şi nu pot dovedi calitatea de asigurat (plata la zi a contribuției la asigurările sociale de sănătate) unitatea spitalicească rezolvă numai asistența de urgență.

Pentru internările la cerere, costul serviciilor este suportat de către persoana ce le solicită la un preț stabilit de fiecare spital.

CAPITOLUL 11

SISTEMUL DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE DIN ROMÂNIA. NOȚIUNI DE LEGISLAȚIE.

Începând cu anul 1990 şi până astăzi, sistemul de sănătate românesc s-a confruntat cu numeroase şi importante transformări, marcate de trecerea ***de la sistemul centralizat de tip Semaşko*** – sistem ce a caracterizat majoritatea țărilor din Europa Centrală şi de Est şi care a funcționat în România timp de cincizeci de ani, sistem ce era finanțat de la bugetul de stat, controlat de către stat prin sistemul de planificare centralizată, în care accesul la îngrijiri de sănătate al populației era gratuit; statul avea monopolul asupra tuturor serviciilor de sănătate, ce reprezentau proprietatea sa, era subfinanțat, neperformant şi nu exista un sector privat – ***la unul descentralizat, bazat pe asigurări sociale de sănătate***. Perioada de tranziție de la un sistem la altul s-a dovedit a fi una deosebit de dificilă. Actualmente, în sistemul de sănătate românesc, reforma sectorului sanitar, începută în 1990 la nivelul asistenței medicale primare, s-a extins, cuprinzând asistența din ambulatoriul de specialitate şi cea din spitale.

În România, până în 1997 a funcționat un sistem național de sănătate bazat pe colectarea de fonduri sub formă de impozite. În 1997 a fost adoptată Legea Asigurărilor Sociale de Sănătate (L.A.S.S.), moment ce a marcat trecerea la un nou sistem care a început, efectiv, să funcționeze abia în 1999.

11.1. Politicile de sănătate de după decembrie 1989

După 1989, noul guvern a adoptat măsuri specifice prin care:

1) a fost permisă specializarea medicilor;
2) au fost reintroduse şcolile pentru asistentele medicale;
3) a fost creată specialitatea de MG – medicul de familie;
4) a fost introdusă pregătirea managerială în domeniul sănătății;

5) a fost introdusă liberalizarea avorturilor în scopul reducerii mortalității materne;
6) o trăsătură caracteristică a perioadei inițiale a fost cererea timpurie din partea medicilor de creştere a sectorului particular şi de introducere a sistemului asigurărilor sociale de sănătate;
7) legislația aprobată în 1995 a permis înființarea Colegiului Medicilor.

11.2. Strategia de sănătate națională a României

Cuprinde următoarele recomandări:

1. Finanțarea: fond prin taxe şi contribuții alocat autorităților locale;

În România, două sunt sursele principale de venituri pentru sănătate:

- Finanțarea prin asigurările sociale de sănătate;
- Finanțarea de la bugetul de stat,

la care se adaugă:

- Plăți directe ale pacienților către furnizorii de servicii medicale/clinici private, costuri ale unor servicii ce nu sunt decontate de către casele de asigurări sociale de sănătate şi care sunt prevăzute în Contractul-Cadru;
- Co-plăți;
- Contribuții voluntare atunci când vor apărea casele de asigurări de sănătate private;

Finanțarea prin asigurări sociale de sănătate

Este reglementată de LASS şi constă în contribuția în procente egale de 7% din partea angajaților şi angajatorilor. Aceste fonduri sunt destinate plății furnizorilor de servicii medicale.

Finanțarea de la bugetul de stat

Suplimentar, funcționează şi un sistem al impozitării directe (pe venit, pe

profit) şi indirecte (TVA, accize).

Banii de la buget care sunt alocaţi pentru sănătate sunt administraţi de către Ministerul Sănătăţii şi Familiei, a cărui organizare şi funcţionare sunt reglementate prin HG nr. 244/1997, hotărâre prin care sunt stipulate şi unităţile sanitare bugetare.

Destinaţia bugetului alocat sănătăţii mai este prevăzută şi în HG 154/1998 (privind reorganizarea şi finanţarea unităţilor sanitare), LASS (art. 57), Legea 100/1998 (Legea sănătăţii publice).

Conform LASS, sumele care provin de la buget sunt utilizate pentru:

- construcţia sau repararea unităţilor sanitare;
- achiziţionarea de aparatură medicală;
- activitatea de diagnostic, reabilitare de importanţă naţională, recuperarea capacităţii de muncă.
- credite externe (România a contractat prin Ministerul Sănătăţii şi Familiei două împrumuturi de la Banca Mondială în anul 1992 şi în anul 2000 – banii fiind destinaţi modernizării asistenţei medicale de urgenţă din Bucureşti şi alte 20 de judeţe ale ţării precum şi dezvoltării asistenţei medicale din rural).

Problemele care apar în sistemul românesc sunt legate, în principal, de colectarea fondurilor. Casele judeţene de asigurări sociale de sănătate întâmpină greutăţi în strângerea banilor datorită datoriilor acumulate de întreprinderile de stat, atât la bugetul de stat cât şi la fondul asigurărilor sociale de sănătate.

O importantă sursă de pierderi pentru veniturile destinate sănătăţii, ce nu trebuie minimalizată, o reprezintă economia subterană.

Capacitatea unei ţări de a mobiliza fonduri este legată de venitul acesteia pe cap de locuitor; iar modul în care un sistem de sănătate este finanţat determină sumele de bani disponibile, cine controlează fondurile, cine suportă povara financiară, precum şi dacă inflaţia costurilor poate fi controlată.

2. Descentralizarea: autorităţile locale trebuie să primească o mai mare responsabilitate în determinarea priorităţilor locale de sănătate şi organizarea servi-

ciilor locale de sănătate.

3. Asistenţa primară: să fie menţinută separat de finanţarea spitalelor, cu acordarea unor stimulente mai mari pentru cei care oferă asistenţă medicală primară.
4. Autonomia spitalelor: aceasta trebuie să implice o mai mare libertate în utilizarea resurselor, împreună cu stimulente mai mari pentru profesionaliştii performanţi şi mecanisme pentru controlul calităţii actului medical.
5. Acreditarea: trebuie să existe o dezvoltare a unor criterii şi mecanisme de acreditare a personalului şi instituţiilor sanitare.

11.3 Principiile politicii de sănătate a MSF

A. *Îngrijirile de sănătate* – sunt considerate un bun social colectiv şi, deci, trebuie să fie accesibile tuturor cetăţenilor României, indiferent de capacitatea lor de a plăti.

B. *Accesul la serviciile de sănătate* – trebuie să fie echitabil din punct de vedere fizic, geografic, economic şi socio-cultural.

C. *Acoperirea generală a populaţiei* – este realizată în spiritul politicii europene şi a tradiţiilor româneşti.

D. *Solidaritate de finanţare a serviciilor de sănătate* – este privită ca o solidaritate între generaţii, între diverse grupe de venit şi între persoanele bolnave şi cele sănătoase.

E. *Eficienţa macroeconomică* – va fi realizată prin alegerea serviciilor de sănătate cele mai adecvate la nivelul unităţilor producătoare.

F. *Libertatea pacientului de a-şi alege medicul său* – principiu aplicat, deocamdată, numai la asistenţa medicală primară (medic de familie), ulterior la cea din ambulatoriul de specialitate şi din spitale.

G. *Autonomia profesională a profesioniştilor*

H. *Colaborarea serviciilor de sănătate cu alte sectoare* – care influenţează starea de sănătate, autorităţile sanitare fiind conştiente de faptul că ameliorarea stării de sănătate nu depinde, decât într-o mică măsură, de sectorul medical.

(Sursa: Proiect de reformă a serviciilor de sănătate din România, M.S., 1997).

Principiile politicii sanitare inițiate de Ministerul Sănătății reprezintă o decizie a orientării politice de trecere de la o economie centralizată, către una de piață.

În reforma sectorului sanitar, un prim pas a fost acela de a stabili sistemul care să înlocuiască modelul Semaşko. Decizia introducerii asigurărilor sociale de sănătate în România a fost una de ordin politic, deoarece acest tip de sistem corespundea cu tradițiile şi realitățile româneşti.

Reforma sistemului de sănătate românesc a inclus activități în domeniul conducerii sistemului, a asigurării cadrului legislativ pentru funcționarea acestuia, al finanțării serviciilor de sănătate şi introducerea unui model bazat pe asigurări sociale de sănătate.

În aplicarea măsurilor de reformă au fost utilizate experimentele pilot inițiate în 8 județe ale țării ce au constat în modernizarea sectorului sanitar prin introducerea unui nou model de plată pentru medicii generalişti, pe bază de contract care înlocuia retribuția medicilor prin salariu cu un venit care era realizat în funcție de numărul de pacienți care erau înscrişi pe lista medicului de familie – **plata per capita** – şi **plata pe serviciu**, sistem care actualmente este extins la întreaga asistență primară din România. Modernizarea asistenței medicale de urgență, precum şi îmbunătățirea asistenței medicale primare s-au realizat prin credite externe, obținute de la Banca Mondială. Primul credit, contractat în 1992, în valoare de 150 milioane $, rambursabil de către guvernul român într-o perioadă de 20 de ani. În anul 2000 a fost realizat al doilea împrumut, în valoare totală de 70 de milioane $, rambursabil tot în 20 de ani, restul de 30 de milioane de $ rămânând să fie alocați de statul român (Marcu M. Gr., Mincă Dana).

Prin introducerea asigurărilor sociale de sănătate, fondul destinat asigurărilor sociale de sănătate este gestionat aparte de bugetul Ministerului Sănătății şi Familiei. Fondul asigurărilor sociale de sănătate se formează în baza art. 51 din L.A.S.S., din contribuțiile băneşti în cote egale de 7% suportate de persoane fi-

zice şi juridice. Începând cu 1 ianuarie 2003, contribuţia este de 6,5% pentru cei care realizează venituri şi de 7% pentru angajatori. Sumele se colectează de casele de asigurări sociale de sănătate judeţene şi a municipiului Bucureşti şi de Casa de Asigurări Sociale de Sănătate a Ordinii Publice, Apărării, Siguranţei Naţionale şi de Casa de Asigurări Sociale de Sănătate a Transporturilor, formând bugetul asigurărilor sociale de sănătate. În urma aplicării L.A.S.S., Ministerul Sănătăţii şi Familiei are funcţia de a stabili politica naţională de sănătate, formarea de personal, elaborarea şi finalizarea programelor naţionale de sănătate, coordonează şi controlează organizarea serviciilor de sănătate.

11.4. Reforma sistemului primar de asistenţă medicală

Reforma sistemului primar de asistenţă medicală a început în 1994 şi a constat dintr-o nouă metodă de finanţare a asistenţei medicale primare efectuată în 8 judeţe, urmând a fi extinsă şi în celelalte judeţe în perioada următoare, proiect ce a fost întrerupt odată cu intrarea în vigoare a LASS la 1.01.1998 (lege votată şi promulgată la 30 iulie 1997).

Noua metodă de asigurare a serviciilor medicale primare a adus schimbări importante, cum sunt:

1.Trecerea responsabilităţii privind finanţarea şi administrarea dispensarelor (viitoarele cabinete medicale individuale) de la spitale la DSP.

2. Stabilirea de relaţii contractuale între DSPJ şi medicii generalişti, cu înlocuirea sistemului de plată salarială a medicilor, cu un amestec de plată pentru servicii şi plată în funcţie de numărul persoanelor înscrise pe lista fiecărui medic generalist (metodă cunoscută sub numele de capitaţie).

3. Schimbarea principiului de alocare a pacienţilor în funcţie de locul de muncă sau zona arondată, cu libera alegere de către pacienţi a medicului şi posibilitatea de a schimba după 3 luni medicul de familie.

4. Întărirea sistemului de trimitere, întrucât accesul la servicii clinice şi de spital pentru pacienţii neinternaţi se face numai prin recomandarea medicului de familie.

5. Acreditarea medicului de familie şi autorizarea funcționării unităților de asistență medicală primară.

Reformele din sistemul sanitar întăresc rolul medicului de familie – filtru către sistemul secundar şi terțiar de acordare a îngrijirilor de sănătate.

În plus, se introduce un element de competiție prin alegerea medicului de familie de către pacient şi noile forme diferențiate de plată.

Autoritatea DSP în finanțarea şi managementul CMI (cabinetelor medicale individuale) poate, de asemenea, să ducă la creşterea rolului îngrijirilor de sănătate primare.

11.5. Caracteristicile LASS din România

Legea Asigurărilor Sociale de Sănătate – Legea 145/1997 este cea care a realizat cadrul juridic necesar pentru introducerea noului sistem de asigurări sociale de sănătate; LASS a fost discutată în Parlamentul României în 1994, fiind votată şi promulgată la 30 iulie 1997, intrând în vigoare la 1.01.1998. Varianta finală a LASS a fost adoptată prin Ordonanța de Urgență a Guvernului 150/31 octombrie 2002, privind organizarea şi funcționarea sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Ea modifică structural sistemul de finanțare a serviciilor de sănătate din România.

Astfel, este înlocuit modelul finanțat preponderent prin impozite generale cu un model bazat pe prime de asigurare obligatorii. Acestea sunt legate de veniturile realizate, fiind plătite *în proporții egale* de asigurat (persoana angajată) şi patron, ca procente fixe din venitul realizat (salarii şi, respectiv, fondul de salarii) – 7% de patron, 7% de cel angajat. Începând cu 1 ianuarie 2003, contribuția este de 6,5% pentru cei care realizează venituri şi de 7% pentru angajatori.

11.5.1. Categorii de persoane care sunt asigurate

În afara celor care realizează venituri prin muncă, sunt asigurate şi alte categorii de persoane:

1) pensionarii (care vor plăti cu un procent din fondul de pensii);
2) cei cu ajutor social;
3) şomerii;
4) cei care satisfac serviciul militar în termen şi cei care execută o pedeapsă privativă de libertate sau arest preventiv.

11.5.2. Categorii de persoane asigurate, dar fără plata contribuției

Calitatea de asigurat dar fără plata contribuției o au:

- toți copiii până la vârsta de 18 ani, tinerii de la vârsta de 18 ani până la vârsta de 26 de ani dacă sunt elevi, ucenici sau studenți şi dacă nu realizează venituri din muncă;
- soțul, soția, părinții fără venituri proprii, aflați în întreținerea unei persoane singure;
- persoanele cu handicap care nu realizează venituri sau se află în grija familiei, unul din părinți având pensie de însoțitor;
- pensionarii de asigurări sociale, pensionarii militari şi alte categorii de pensionari;
- veterani de război, persoane persecutate politic, răniții din timpul Revoluției şi urmaşii acestora, dacă nu realizează alte venituri decât cele provenite din drepturile acordate de lege;
- bolnavii cu afecțiuni incluse în programele naționale de sănătate stabilite de Ministerul Sănătății şi Familiei, până la vindecarea respectivei afecțiuni, dacă nu realizează venituri din muncă, pensie sau din alte resurse;
- femeile însărcinate sau lehuzele, dacă nu au nici un venit sau au venituri sub salariul de bază minim brut pe țară.

În afară de cei care realizează venituri prin muncă, vor fi asigurate şi alte categorii de persoane aflate în una din următoarele situații, plata contribuției făcându-se din alte surse:

- persoanele cu ajutor social;
- cei care satisfac serviciul militar în termen;
- persoanele în concediu medical, concediu pentru sarcină şi lehuzie sau concediu medical pentru îngrijirea copilului bolnav, mai mic de 7 ani;
- persoanele care exercită o pedeapsă privativă de libertate sau sunt în arest preventiv;

Toate aceste fonduri se colectează la nivel local la Casele Județene de Asigurări Sociale de Sănătate, urmând ca o parte de până la 25% din aceste fonduri să fie redistribuite către fondul central al Casei Naționale de Asigurări.

În cadrul noului sistem, **asigurații** au dreptul la servicii medicale, medicamente şi materiale sanitare, acestea fiind prevăzute în aşa-numitul „Contract-Cadru", ce cuprinde lista de servicii medicale care vor putea fi furnizate de unitățile sanitare, parametrii de calitate şi eficiență a serviciilor, modul de plată al acestora, precum şi criterii privind durata spitalizării, internarea şi externarea bolnavilor şi prescrierea medicamentelor.

Contractul-Cadru stă la baza contractului încheiat între casele județene de asigurări de sănătate şi unitățile sanitare care furnizează servicii de sănătate în județul respectiv – spitale şi ambulatoriul spitalelor, centre de diagnostic şi tratament, centre de sănătate, cabinete medicale individuale.

Serviciile de prevenire şi depistare precoce a bolilor vor fi rambursate din fondul local al Caselor Județene de Asigurări, în timp ce programele de sănătate vor fi finanțate de la bugetul de stat, bugetul asigurărilor de sănătate şi din alte surse.

În cadrul pachetelor de servicii rambursate de către Casele Județene de Asigurări **nu** sunt incluse serviciile de sănătate acordate în caz de:

- risc profesional;

- accidente de muncă;
- boli profesionale;
- unele servicii medicale de înaltă performanță;
- unele servicii stomatologice şi nici serviciile hoteliere cu înalt nivel de confort. Acestea vor fi finanțate prin plata directă a pacienților sau prin alte modalități de plată.

Pentru asigurarea calității, serviciile furnizate de unitățile sanitare vor fi **contractate** de către Casele Județene de Asigurări numai dacă îndeplinesc **criteriile de calitate** recunoscute de Casa Națională de Asigurări şi Colegiul Medicilor, iar controlul activității medicale se va face de către medicii din cadrul serviciului medical al Caselor Județene de Asigurări împreună cu medicii reprezentanți ai comisiilor de specialitate ale Colegiului Medicilor.

Modalitățile de plată a furnizorilor de servicii medicale prevăzute în LASS sunt variate şi ele includ:

- pentru *asistența primară* – plata pe persoană asigurată (capitația); plata pe serviciu medical;
- pentru *asistența secundară*, din ambulatoriu – plata pe serviciu sau salariu;
- pentru sectorul spitalicesc – finanțarea pe bugetul stabilit pe baza unui tarif pe persoana internată pe zi de spitalizare, pe serviciu medical sau alte tipuri de tarife negociate;

11.5.3. Drepturile asiguraților

Îngrijirile medicale ce sunt oferite asiguraților includ:

- servicii cu caracter preventiv de depistare precoce a bolilor, de promovare a sănătății;
- servicii medicale ambulatorii;
- servicii medicale spitaliceşti;
- servicii stomatologice;

- servicii medicale de urgență;
- servicii medicale recuperatorii;
- asistența medicală pre-, intra- şi postnatală;
- îngrijirile medicale la domiciliu;
- medicamente, materiale sanitare, proteze, orteze;.

Persoanele care se asigură au următoarele drepturi:

⇒să aleagă medicul de familie, medicul specialist din ambulatoriu, unitatea spitalicească ce le va acorda servicii medicale; precum şi casa de sănătate la care se asigură;

⇒să fie înscrişi pe lista unui medic de familie pe care îl solicită dacă îndeplinesc condițiile prezentei legi, suportând cheltuielile de transport, dacă opțiunea este pentru un medic din altă localitate;

⇒pot să-şi schimbe medicul de familie pe care l-au ales numai după ce au trecut cel puțin 3 luni de la data înscrierii pe lista acestuia;

⇒să beneficieze de servicii medicale, medicamente, materiale sanitare şi dispozitive medicale în mod nediscriminatoriu. Asigurații care au peste 30 de ani au dreptul la un control anual pentru depistarea bolilor grave, precum şi pentru evaluarea stării de sănătate.

11.5.4. Rolul Ministerul Sănătății şi Familiei

Rolurile Ministerul Sănătății şi Familiei sunt:

- de a stabili politica națională de personal;
- de a participa la elaborarea şi finanțarea programelor naționale de sănătate;
- aprobarea investițiilor de capital produse de DSP județene care vor fi finanțate în continuare de la bugetul de stat;

De la 1 ianuarie 1999, DSJ se restructurează pe baza Legii 100/1998 privind asistența de sănătate publică, devenind DSPJ, ce cuprind şi Inspectoratele

de Sănătate Publică (fostele sanepid-uri).

11.5.5. Organizarea Caselor de Asigurări Sociale de Sănătate

Reforma sistemului sanitar românesc s-a sprijinit pe recomandările făcute de Banca Mondială. Deşi Banca Mondială nu s-a implicat în mod direct în ceea ce priveşte dezvoltarea inițială a sistemului de asigurări de sănătate, a jucat un rol important şi după adoptarea Legii Asigurărilor Sociale de Sănătate.

Una din recomandările Băncii Mondiale se referea la înființarea unei singure case de asigurări de sănătate, cu 41 de filiale județene, în loc de existența a 42 de case județene cu autonomie şi responsabilitate în strângerea şi gestionarea resurselor locale (*Sursa*: Romanian Health Sector Reform; Interhealth, 1998).

Casa Națională de Asigurări Sociale de Sănătate (CNASS) este o instituție publică cu caracter autonom, cu personalitate juridică, de interes național, aflată în subordinea Ministerului Sănătății şi Familiei, care administrează şi gestionează sistemul de asigurări sociale de sănătate, în vederea aplicării politicilor şi programelor din domeniul sanitar.

În subordinea CNASS se află Casele Județene de Asigurări Sociale de Sănătate (CJASS), Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Lucrărilor Publice, Transporturilor şi Locuinței, Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale şi Autorității Judecătoreşti.

Potrivit LASS, furnizorii de servicii medicale şi CASS se stabilesc pe bază de contract;

Casele de asigurări județene încheie contracte anuale cu furnizorii de servicii medicale în baza Contractului-cadru.

Condițiile acordării asistenței medicale se publică în Monitorul Oficial şi sunt obligatorii pentru asigurați, case de asigurări de sănătate şi furnizori de servicii medicale.

Atribuțiile caselor de asigurări de sănătate:

- în baza Contractului-cadru, încheie contracte anuale cu furnizorii de

servicii medicale;

- administrează fondul de asigurări prin preşedintele CNASS;
- prezintă Ministerul Sănătății şi Familiei rapoarte anuale privind execuția bugetară;
- negociază, împreună cu CMR, criteriile privind acordarea asistenței medicale din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate;
- administrează bunurile mobile şi imobile din patrimoniul propriu, în condițiile legii;
- evaluează performanțele privind gestiunea fondurilor şi calitatea managementului;

Casele Județene de Asigurări Sociale de Sănătate, ca reprezentanți ai persoanelor asigurate, încheie în numele acestora contracte de furnizare a serviciilor medicale pentru aceştia, în caz de nevoie.

Fondurile Caselor Județene de Asigurări Sociale de Sănătate se formează prin contribuții ale persoanelor fizice şi juridice, subvenții de la bugetul de stat şi cel local, alte fonduri.

Din fondurile proprii, fiecare casă județeană de asigurări virează către casa națională o cotă parte de până la 25%: în felul acesta, sunt susținute şi județele mai sărace (25% din fonduri sunt redistribuite între județe).

CNAS asigură gestionarea fondurilor; în afară de cele 41 de case județene de asigurări sociale de sănătate şi CNASS, mai există alte două case de asigurări: una pentru societăți din sectorul transporturilor şi alta pentru ministerele şi instituțiile din sistemul de securitate națională (Ministerul de Interne, Ministerul Apărării, Ministerul Justiției, serviciile de informații).

11.5.6. Organele de conducere ale caselor de asigurări de sănătate

CNASS are următoarele organe de conducere:

a) adunarea reprezentanților;

b) consiliul de administrație;

c) preşedintele;

d) doi vicepreşedinți;

e) directorul general.

Persoanele care fac parte din organele de conducere ale CNAS trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

a) să fie cetățeni români şi să aibă domiciliul pe teritoriul României;

b) să aibă calitatea de asigurat;

c) să nu aibă cazier judiciar sau fiscal.

Adunarea reprezentanților se constituie pe o perioadă de 4 ani şi cuprinde:

a) reprezentanți ai asiguraților, delegați de consiliile județene şi de Consiliul General al Municipiului Bucureşti;

b) 29 de membri numiți astfel: 2 de către Preşedintele României, 3 de către primul ministru, la propunerea ministrului sănătății şi familiei, 3 de către Senat, la propunerea comisiei de specialitate, 3 de către Camera Deputaților, la propunerea comisiei de specialitate, 5 de către asociațiile patronale reprezentative la nivel național, 5 de către organizațiile sindicale reprezentative la nivel național, 7 reprezentanți ai ministerelor şi instituțiilor centrale cu rețele sanitare proprii, respectiv câte un reprezentant al Ministerului de Interne, Ministerului Apărării Naționale, Ministerului Justiției, Ministerului Lucrărilor Publice, Transportului şi Locuinței, Serviciului Român de Informații, Serviciului de Informații Externe şi Serviciului de Telecomunicații Speciale şi un reprezentant al Consiliului Național al Persoanelor Vârstnice.

Sunt reprezentate la nivel național asociațiile patronale şi organizațiile sindicale care îndeplinesc condițiile prevăzute de Legea nr. 130/1996, privind contractul colectiv de muncă, republicată.

Pe locurile devenite vacante ca urmare a demisiei, revocării din cauze prevăzute de lege sau a decesului se numesc noi membri, aleşi în aceleaşi condiții,

până la expirarea mandatului în curs.

Adunarea reprezentanților se întruneşte în şedință o dată pe an, la convocarea consiliului de administrație, sau în şedințe extraordinare, la convocarea preşedintelui CNAS, a consiliului de administrație sau a unui număr de cel puțin 30 de membri ai adunării reprezentanților.

Adunarea reprezentanților poate adopta hotărâri dacă sunt prezente două treimi din numărul membrilor. Pentru adoptarea hotărârilor este necesar votul favorabil al majorității membrilor prezenți.

Adunarea reprezentanților are următoarele atribuții:

- propune modificarea statutului CNAS;
- îi alege şi îi revocă pe cei doi membri în consiliul de administrație;
- analizează repartizarea bugetului aprobat de către cei în drept şi recomandă ordonatorului principal de credite cu delegație, luarea măsurilor necesare pentru modificarea acestuia, în condițiile legii;
- analizează modul de utilizare a fondului, costurile sistemului, serviciile acordate şi tarifele practicate la contractarea pachetului de servicii de bază şi recomandă măsurile legale pentru folosirea cu eficiență a fondurilor şi de respectare a drepturilor asiguraților.

Consiliul de administrație al CNAS se constituie din 17 membri, cu un mandat pe 4 ani, după cum urmează:

- 5 reprezentanți ai statului, dintre care unul numit de Preşedintele României şi 4 de primul ministru, la propunerea ministrului sănătății şi familiei, a ministrului muncii şi solidarității sociale, a ministrului finanțelor publice şi a ministrului justiției;
- 5 membri numiți prin consens de către asociațiile patronale reprezentative la nivel național;
- 5 membri numiți prin consens de către confederațiile sindicale reprezentative la nivel național;
- 2 membri aleşi de către adunarea reprezentanților din rândul membrilor săi

Consiliul de administrație funcționează în mod legal în prezența a cel puțin 11 membri.

Hotărârile consiliului de administrație se adoptă cu votul a cel puțin două treimi din numărul membrilor prezenți.

Principalul rol al consiliului de administrație este de a elabora şi a realiza strategia națională în domeniul asigurărilor sociale de sănătate.

Preşedintele CNAS se deleagă, în condițiile legii, prin ordin al ministrului sănătății şi familiei, ca ordonator principal de credite pentru administrarea şi gestionarea fondului şi reprezintă CNAS în relațiile cu terții şi pe asigurați în raporturile cu alte persoane fizice sau juridice, componente ale sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Conducerea executivă a CNAS este asigurată de către directorul general.

Ocuparea postului de director general se face prin concurs, pe o perioadă de 4 ani şi se numeşte prin ordin al ministrului sănătății şi familiei.

Organizarea concursului şi criteriile de selecție sunt stabilite de ministrul sănătății şi familiei şi de preşedintele CNAS.

Pe timpul executării mandatului, preşedintele şi vicepreşedinții sunt numiți pe o perioadă de patru ani. Aceştia nu pot exercita, pe durata mandatului, nici o altă funcție sau demnitate publică, cu excepția funcțiilor didactice din învățământul superior.

Membrii consiliului de administrație al CNAS, pe perioada exercitării mandatului, nu sunt salariați ai CNAS, cu excepția preşedintelui şi a vicepreşedinților şi nu pot ocupa funcții în structurile executive ale caselor de asigurări. Aceştia nu pot exercita activități la societăți comerciale sau la alte unități care se află în relații contractuale cu casele de asigurări.

Salarizarea preşedintelui şi a vicepreşedinților CNAS se stabileşte după cum urmează:

- pentru preşedinte, la nivelul indemnizației prevăzute de lege pentru funcția de secretar de stat;
- pentru vicepreşedinți, la nivelul indemnizației prevăzute de lege

pentru funcția de subsecretar de stat.

Aceste indemnizații reprezintă unica formă de remunerare a activității corespunzătoare funcției respective şi constituie bază de calcul pentru stabilirea drepturilor şi obligațiilor care se determină în raport cu venitul salarial.

Salariul şi celelalte drepturi de personal ale directorului general al CNAS se stabilesc la nivelul corespunzător prevăzut de lege pentru funcția de secretar general de minister.

Membrii consiliului de administrație al CNAS, cu excepția preşedintelui şi vicepreşedinților, beneficiază de o indemnizație lunară de până la 20% din indemnizația preşedintelui CNAS, în condițiile prezenței efective la şedințele consiliului de administrație.

Consiliul de administrație al CNAS are următoarele atribuții:

- aprobă statutul propriu al CNAS şi statutul-cadru al caselor de asigurări;
- aprobă propriul regulament de organizare şi funcționare;
- stabileşte atribuțiile vicepreşedinților, la propunerea preşedintelui;
- avizează strategia sistemului de asigurări sociale de sănătate cu privire la colectarea şi utilizarea fondului;
- avizează proiectul bugetului fondului şi îl supune aprobării ordonatorului principal de credite cu delegație, în condițiile legii;
- avizează, în condițiile legii, repartizarea pe case de asigurări a bugetului fondului;
- avizează utilizarea fondului de rezervă;
- aprobă programul de investiții;
- aprobă încheierea de convenții de cooperare şi finanțare de programe cu organisme internaționale;
- analizează semestrial stadiul derulării contractelor şi împrumuturilor;
- avizează rapoartele de gestiune anuale, prezentate de preşedinte-

le CNAS, contul de încheiere a exercițiului bugetar, precum şi raportul anual de activitate;

- avizează, în baza raportului Curții de Conturi, bilanțul contabil şi descărcarea gestiunii anului precedent pentru CNAS şi pentru casele de asigurări;
- avizează proiectul contractului-cadru şi al normelor metodologice de aplicare a acestuia;
- avizează lista medicamentelor de care beneficiază asigurații cu sau fără contribuție personală;

Consiliul de administrație al caselor de asigurări de sănătate județene şi a municipiului Bucureşti este alcătuit din 9 membri, desemnați după cum urmează:

- unul de consiliul județean, respectiv de Consiliul General al Municipiului Bucureşti;
- unul de prefect, la propunerea direcției de sănătate publică județene, respectiv a Direcției de Sănătate Publică a Municipiului Bucureşti;
- 3 de asociațiile patronale reprezentative la nivel național, desemnați prin consens;
- 3 de confederațiile sindicale reprezentative la nivel național, desemnați prin consens;
- preşedintele, care este directorul general al casei de asigurări.

Preşedintele consiliului de administrație este preşedintele CNAS şi îndeplineşte şi funcția de secretar de stat în cadrul Ministerului Sănătății şi Familiei. Preşedintele CNAS este numit de primul ministru dintre membrii consiliului de administrație, la propunerea Ministerului Sănătății şi Familiei.

Consiliul de administrație are doi vicepreşedinți aleşi de consiliul de administrație prin vot secret. Vicepreşedinții consiliului de administrație sunt şi vicepreşedinții CNAS.

Preşedintele reprezintă CNAS în relațiile cu alte instituții sau organizații,

dispunând de alocarea resurselor financiare în cadrul CNAS şi către Casele Județene de Asigurări Sociale de Sănătate.

Conducerea executivă a activității CNAS este îndeplinită de directorul general, post ocupat prin concurs.

11.6. Legea nr. 100/1997 privind asistența de sănătate publică

Aprobată de Parlamentul României la 26 mai 1998, Legea privind Asistența de Sănătate Publică, reprezintă cadrul legislativ de asigurare a activităților care se adresează individului şi comunității, în scopul prevenirii îmbolnăvirilor, păstrării şi promovării stării de sănătate a populației, precum şi în scopul controlului aplicării normelor de igienă, antiepidemice şi de sănătate publică.

Asistența de sănătate publică este asigurată de Ministerul Sănătății şi Familiei conform legii, prin unități specializate, proprii sau private.

Asistența medicală curativă se asigură în cadrul unui sistem de asigurări sociale de sănătate care cuprinde:

- asistența medicală primară, prin cabinetele medicale de stat sau private;
- asistența medicală de specialitate din ambulatoriu, care include: cabinete medicale, centre de diagnostic şi tratament, asistență medicală din unitățile cu paturi – spitale.

Asistența medicală de urgență se asigură la toate nivelurile de asistență, prin orice unitate medicală, în sistem public sau privat, indiferent de tipul ei (centre de diagnostic şi tratament, cabinet medical individual, spital, precum şi prin instituțiile specializate).

În capitolul II al Legii privind asistența de sănătate publică se precizează care sunt autoritățile din domeniul asistenței de sănătate publică, precum şi atribuțiile acestora: Ministerul Sănătății, direcțiile de sănătate publică județene şi a municipiului Bucureşti, Centrul de Calcul şi Statistică Sanitară din cadrul Ministerul Sănătății (actualmente Ministerul Sănătății şi Familiei).

11.6.1. Ministerul Sănătății şi Familiei

Reprezintă autoritatea centrală din domeniul asistenței de sănătate publică; este instituția ce evaluează starea de sănătate a populației, propunând măsuri de îmbunătățire a acesteia; este organul de specialitate al administrației publice centrale.

Ministerul Sănătății şi Familiei are o serie de atribuții stabilite prin Legea 100/1997 şi HG din ianuarie 2001 referitoare la organizarea şi funcționarea sa. Astfel:

- organizează şi finanțează programele naționale de sănătate publică;
- aprobă normele tehnice cuprinse în programele naționale de sănătate publică;
- elaborează norme privind organizarea şi funcționarea inspecției sanitare de stat;
- împuterniceşte personalul sanitar care urmează să îndeplinească sarcinile de inspecție sanitară de stat;
- participă la acreditarea unităților sanitare care prestează servicii pentru autoritățile din domeniul asistenței de sănătate publică;
- înființează şi desființează filiale ale institutelor din domeniul asistenței de sănătate publică de interes național sau local;
- organizează sistemul informațional din domeniul asistenței de sănătate publică şi modul de raportare a datelor pentru cunoaşterea stării de sănătate a populației;
- prezintă rapoarte periodice pentru informarea Guvernului privind starea de sănătate a populației țării;
- fundamentează necesarul de resurse financiare pentru asistența de sănătate publică;
- reprezintă statul român în relațiile cu organismele internaționale din domeniul sănătății publice;
- Ministerul Sănătății şi Familiei aplică politica Guvernului în domeniul

asigurării sănătății populației; intervine în reforma sectorului sanitar;

- elaborează, coordonează, organizează promovarea sănătății, asistența medicală la domiciliu, organizarea asistenței de sănătate publică prin unități de profil specializate;
- intervine în elaborarea de norme privind organizarea, coordonarea inspecției sanitare de stat;
- Centrul de Calcul şi Statistică Sanitară este instituția specializată a Ministerului Sănătății, finanțată de la bugetul de stat, cu rol în organizarea sistemului informațional şi informatic (raportarea datelor) în scopul evaluării stării de sănătate a populației;
- evaluează periodic indicatorii stării de sănătate a populației;
- stabileşte criteriile de performanță în unitățile sanitare;
- aprobă Contractul-cadru privind condițiile de acordare a asistenței medicale în condițiile legislației actuale;
- elaborează norme de organizare şi de funcționare pentru unitățile în sistem privat din țara noastră.

11.6.2. Direcțiile de sănătate publică

Direcțiile de sănătate publică județene şi a municipiului Bucureşti sunt instituții publice cu personalitate juridică, care îşi desfăşoară activitatea pe plan local, în scopul realizării politicilor şi programelor naționale de sănătate publică, a activității de medicină preventivă şi a inspecției sanitare de stat, a monitorizării stării de sănătate şi a organizării statisticii de sănătate, precum şi a planificării şi derulării investițiilor finanțate de la bugetul de stat pentru sectorul de sănătate

Direcțiile de sănătate publică județene şi a municipiului Bucureşti organizează şi controlează punerea în aplicare a programelor naționale de sănătate publică.

Direcţiile de sănătate publică organizează şi supraveghează activitatea de medicină preventivă din teritoriul judeţului şi, respectiv, al municipiului Bucureşti, îndeplinind următoarele activităţi:

- informează populaţia şi autorităţile administraţiei publice locale despre factorii de risc asupra sănătăţii din mediul înconjurător şi despre măsurile care vor fi aplicate pentru reducerea riscurilor de îmbolnăvire şi de prevenire a unor îmbolnăviri cauzate de factorii de mediu;
- emit avize şi autorizaţii sanitare de funcţionare, solicitate, potrivit legii, pentru obiectivele economice sau social-culturale care urmează a fi amplasate, construite sau amenajate în teritoriu, potrivit normelor aprobate de Ministerul Sănătăţii;
- efectuează determinări pentru supravegherea poluării aerului, a apei, a solului, a poluării sonore a zonelor de locuit şi a locurilor de muncă;
- analizează morbiditatea din teritoriu cauzată de boli infecţioase şi transmit Ministerului Sănătăţii şi Familiei rapoarte periodice, conform normelor stabilite de acesta, având dreptul să instituie carantina pe raza teritoriului, în cazurile în care se impune o asemenea măsură;
- organizează, îndrumă şi controlează activitatea de depistare, tratament şi prevenire a bolilor cu transmitere sexuală, potrivit normelor stabilite de Ministerul Sănătăţii;
- asigură depistarea infecţiilor HIV, HBV, HCV şi a altor infecţii virale transmise prin sânge şi controlează aplicarea normelor legale în vigoare pentru asistenţă medicală şi tratament corect;
- organizează depistarea bolnavilor de tuberculoză, supraveghează tratamentul bolnavilor şi al contacţilor, potrivit normelor stabilite de Ministerul Sănătăţii şi Familiei şi răspund de realizarea programului de prevenire a tuberculozei;
- organizează, îndrumă şi controlează activitatea de depistare a bolilor profesionale şi supraveghează tratamentul bolnavilor, potrivit normelor stabilite de Ministerul Sănătăţii şi Familiei;

- organizează, potrivit normelor Ministerului Sănătății şi Familiei, depistarea precoce a tumorilor maligne, a unor boli cronice, cum sunt: diabetul zaharat, bolile cardiovasculare, bolile psihice, bolile renale, etc., stabilite în programele naționale de sănătate publică şi răspund de realizarea măsurilor cuprinse în programe.

11.6.3. Institutele de sănătate publică

În continuare, Legea 100 face referire la institutele de sănătate publică, o autoritate în domeniul sănătății publice, precum şi Institutul de Management al Serviciilor de Sănătate, actualmente ***Institutul Național de Cercetare şi Dezvoltare în Sănătate*** (1 ian 2003).

Sunt unități subordonate MSF şi au următoarele atribuții:

- asigură fundamentarea ştiințifică a politicii sanitare şi a strategiilor din domeniul prevenirii îmbolnăvirilor, promovării şi apărării sănătății populației;
- efectuează studii în domeniul sănătății publice şi al conducerii sistemului de sănătate;
- asigură consultanță de specialitate şi colaborează cu autoritățile publice, cu celelalte unități sanitare, inclusiv de asistență medicală primară, cu instituțiile de învățământ medical universitar, în domeniul asigurării sănătății publice;
- colaborează cu organizațiile şi instituțiile internaționale care desfăşoară activități de sănătate publică;
- participă la procesul de învățământ medical de specializare şi perfecționare în domeniul sănătății publice şi al managementului serviciilor de sănătate.

11.6.4. Exercitarea inspecției sanitare de stat

Legea 100 face referire şi la exercitarea inspecției sanitare de stat, realizată de persoane împuternicite de Ministerul Sănătății şi Familiei (inspectori de stat).

Persoanele împuternicite de Ministerul Sănătății şi Familiei pentru exercitarea inspecției sanitare de stat au următoarele obligații:

- să solicite unităților controlate documentele şi informațiile necesare evaluării riscurilor pentru sănătate, precum şi înlăturarea deficiențelor de igienă constatate;
- să dispună suspendarea temporară a activității până la remedierea deficiențelor, precum şi retragerea autorizației sanitare de funcționare;
- să oprească sau să condiționeze darea spre consum public a alimentelor care nu corespund normelor de igienă, precum şi folosirea obiectelor, a materialelor sau a substanțelor care, prin natura sau prin modul lor de utilizare, periclitează sănătatea populației;
- să recolteze probe necesare evaluării riscului pentru sănătate;
- să oprească folosirea preparatelor biologice, de diagnostic, profilaxie, tratament care se dovedesc necorespunzătoare sau nocive sănătății;
- să constate şi să sancționeze contravențiile privind normele de igienă conform legii.

11.7. Organizarea asistenței medicale primare

Acordarea asistenței medicale primare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate al țării noastre este prezentată în Contractul Cadru şi în normele metodologice de aplicare a acestuia (HGR pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile sistemului de asigurări sociale de sănătate în asistența medicală ambulatorie de specialitate, pentru specialitățile clinice, paraclinice şi stomatologice şi, de asemenea, Anexa acestei hotărâri).

11.7.1. Asistența medicală primară

Asistența medicală primară se asigură de către medicul acreditat ca medic de familie împreună cu personalul sanitar acreditat în cabinetele medicale organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, cabinete medicale care

funcționează în structura sau în coordonarea unor unități sanitare aparținând ministerelor cu rețele sanitare proprii autorizate şi/sau acreditate potrivit dispozițiilor legale în vigoare.

- Serviciile medicale acordate în baza contractelor *încheiate între furnizorii de servicii şi casele de asigurări de sănătate.*
- Numărul minim de asigurați se stabileşte pe localități de către comisiile sanitare județene de acreditare împreună cu directorii de Sănătate Publică cu excepția celor stabilite pentru cabinetele medicale care funcționează în structura sau în coordonarea unor unități sanitare aparținând ministerelor cu rețele sanitare proprii.
- Pentru medicii de familie, *al căror număr de asigurați din lista proprie scade sub numărul minim pentru care se poate încheia contracte de furnizare de servicii medicale, li se reziliază contractul şi li se retrage acreditarea pentru localitatea respectivă.*
- Furnizorii de servicii medicale - medicii de familie împreună personalul mediu sanitar din asistența medicală primară, acordă servicii medicale, cu respectarea prevederilor legale în vigoare.

Pentru ca asistența medicală să fie asigurată în mod continuu 24 de ore din 24 de ore, inclusiv sâmbăta, duminica şi sărbătorile legale, se asigură servicii medicale în centrele de permanență organizate de direcțiile de sănătate publică.

- **Medicii de familie acreditați** – acordă asistență medicală pentru persoanele asigurate înscrise pe lista proprie – oferind servicii de urgență oricărei persoane care are nevoie de ele; au obligația de a furniza servicii medicale, pentru cazurile care pot avea consecințe negative asupra sănătății publice: - imunizări, examene de bilanț pentru cazurile de depistare activă TBC, supravegherea gravidelor, supravegherea populației din zona stabilită şi repartizată de către Direcția de Sănătate Publică. *Zona stabilită şi repartizată de sănătate publică* fiecărui medic de familie va fi adusă la cunoştința Casei de Asigură de Sănătate.

11.7.2. Modalități de plată a furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală primară

Furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară sunt remunerați prin:

- Plata per capita;
- Plata prin tarif pe serviciu medical.

11.7.2.1. Tarif pe persoană asigurată – per capita

- Numărul de puncte în funcție de structura pe grupe de vârstă se stabileşte prin norme astfel:

Grupa de vârstă	< 1 an	1 – 4 ani	5 – 59 ani	60 ani
Nr. puncte/persoană/an	14,5	12	10	12,5

- În cazul în care pe lista medicului de familie sunt înscrişi copii încredințați sau dați în plasament unui serviciu public specializat, numărul de puncte corespunzător acestora este:

Grupa de vârstă	< 1 an	1 – 4 ani	5 – 8 ani
Nr. puncte/persoană/an	18,5	16	13

- Atunci când pe lista medicului de familie sunt înscrise persoane instituționalizate în centre de îngrijire şi asistență şi care nu au medic, care să fie încadrat, numărul de puncte aferent acestora este de 14,5 puncte pentru grupa de vârstă 60 ani şi peste.

Numărul total de puncte calculat în raport cu numărul persoanelor asigurate şi cu structura lor pe grupe de vârstă care depăşeşte 25.000 de puncte/an se ajustează în sensul că punctele care depăşesc acest nivel, se reduc cu 75 %.

Punctajul calculat prin capitație, se majorează în raport cu gradul profesional, valoarea considerată de referință a prestației medicale, fiind cea a medicului specialist.

În cazul în care serviciile sunt furnizate de medicul primar, numărul total de puncte se majorează cu 20 %, iar pentru cei care nu au promovat examenul de specialitate se micşorează cu 10 %.

Majorarea punctajului se poate face şi în funcție de zona geografică, cu până la 100 % pentru medicii ce lucrează în condiții grele sau foarte grele, în zone izolate şi cu un număr mic de locuitori.

11.7.2.2. Tarif pe serviciu medical

Numărul de puncte în funcție de plata pe serviciu medical este stabilit de CNAS.

Valoarea unui punct în funcție de plata pe serviciu medical, este unică pe țară şi se calculează la sfârşitul fiecărui trimestru.

De exemplu punctajul corespunzător unui serviciu medical, din asistența primară este:

- luarea în evidență a gravidei în primul trimestru – 10 puncte;
- supravegherea gravidei lunar, din a treia lună până în luna a 9-a – 8 puncte/lună;
- bolnav TBC – nou descoperit – TBC activă – 20 puncte/caz TBC;
- imunizări conform programului național de imunizare – 4 puncte/per inoculare/doză orală. Controlul activității furnizorilor de servicii medicale primare se asigură de către serviciile specializate din structura CNAS, a caselor de asigurări de sănătate, a MSF, D.S.P., împreună cu Colegiul Medicilor din România, organizat la nivel național şi județean, precum şi a altor organe abilitate de lege.

Pentru aplicarea acestei hotărâri CNAS împreună cu Colegiul Medicilor din România, cu avizul MSF elaborează norme metodologice de aplicare a Con-

tractului cadru, denumite în continuare norme. Aceste norme, cuprinse în Anexă, sunt structurate pe următoarele capitole:

I. Dispoziții generale

II. Condițiile acordării asistenței medicale primare

III. Dispoziții finale.

Examen de bilanț copii	***Punctaj acordat***
La externarea din maternitate	12 puncte
La 1 lună	12 puncte
2 luni	8 puncte
4 luni	8 puncte
6 luni	8 puncte
9 luni	8 puncte
12 luni	8 puncte
15 luni	6 puncte
18 luni	6 puncte
De la 2 ani la 7 ani, anual	6 puncte

11.7.3. Atribuțiile furnizorilor de servicii medicale din asistența medicală primară.

Furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară au următoarele obligații:

- să acorde servicii de asistență medicală primară asiguraților de pe lista proprie, respectând criteriile de calitate elaborate de organele abilitate prevăzute de lege.

Calitatea de asigurat se dovedeşte cu carnetul de asigurat.

Serviciile medicale care se acordă de medicul de familie şi lista cuprinzând investigațiile paraclinice ce pot fi recomandate de către acesta sunt stabilite prin norme.

- să asigure în cadrul serviciilor furnizate toate activitățile care sunt cuprinse în baremul de activități practice obligatorii din curicula de pregătire în specialitatea de medicină generală.

- de asemenea medicul de familie are obligaţia de a interpreta investigaţiile necesare în afecţiunile prevăzute în tematica pe aparate şi sisteme.
- să presteze servicii medicale, pentru cazurile care pot avea consecinţe negative asupra sănătăţii publice, populaţiei din zona stabilită şi repartizată de către D.S.P şi neînscrise pe lista medicilor de familie:
  - imunizări
  - examene de bilanţ la copii
  - depistare activă TBC
  - supravegherea gravidelor
- să actualizeze lista proprie cuprinzând asiguraţii înscrişi ori de câte ori apar modificări în cuprinsul acesteia, în funcţie de mişcarea lunară a asiguraţilor şi să comunice aceste modificări caselor de asigurări de sănătate, precum şi să actualizeze lista proprie în funcţie de comunicările transmise de casele de asigurări de sănătate cu privire la asiguraţii care nu mai fac dovada calităţii de asigurat prin neplata contribuţiei ce revine ca obligaţie asiguratului.
- să furnizeze tratamentul adecvat şi să prescrie medicamentele prevăzute în Nomenclatorul de medicamente conform reglementărilor în vigoare.
- să nu refuze acordarea asistenţei medicale, în caz de urgenţă medicală ori de câte ori i se solicită aceste servicii medicale.
- să înscrie din oficiu copii care nu au fost înscrişi pe lista unui medic de familie o dată cu prima consultaţie a copilului bolnav în localitatea de reşedinţă a acestuia.

Nou-născutul va fi înscris pe lista medicului de familie care a îngrijit gravida, dacă părinţii nu au altă opţiune.

Copiii care nu au mai fost înscrişi pe lista unui medic de familie potrivit celor arătate mai sus, vor fi înscrişi cu sprijinul primăriei care a înregistrat naşterea.

În cazul gravidelor neînscrise pe lista unui medic de familie care îndeplinesc condițiile de persoană asigurată, la prima consultație în localitatea de reşedință a acestora, vor fi înscrise pe lista medicului de familie care asigură consultația.

- să respecte confidențialitatea prestației medicale.
- să factureze lunar, în vederea decontării de către CAS, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale.
- să raporteze la casele de asigurări de sănătate publică datele necesare pentru urmărirea desfăşurării activității în asistența medicală primară, potrivit formularelor de raportare statistice prin ordin comun al preşedintelui CNAS şi al ministrului sănătății şi familiei.
- să respecte normele de raportare a bolilor şi de efectuare a vaccinărilor, conform prevederilor în vigoare.
- să îşi stabilească programul de activitate în funcție de condițiile specifice din zonă, cu respectarea prevederilor prezentei hotărâri şi a normelor metodologice de aplicare a acestuia. Activitatea desfăşurată de luni până vineri să fie de minimum 5 ore la cabinetul medical şi 2 ore la domiciliul asiguraților după graficul de vizite la domiciliu.

11.7.4. Drepturile furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală primară

În relațiile contractuale cu C.A.S **furnizorii de servicii** medicale în asistența medicală primară au **următoarele drepturi:**

1. Să primească contravaloarea serviciilor medicale efectiv realizate, potrivit contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate.
2. Să fie informați permanent şi din timp asupra condițiilor furnizării serviciilor medicale.

3. Să cunoască condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din fondul de asigurare socială de sănătate aferent asistenței medicale primare şi decretate de casele de asigurări de sănătate.

4. Să îşi organizeze activitatea proprie pentru creşterea eficienței actului medical, cu respectarea reglementărilor în vigoare.

11.7.5. Modalitatea de încheiere a contractului de furnizare a serviciilor medicale

Modalitatea acordării asistenței medicale primare stabileşte modul de încheiere a contractului de furnizare a serviciilor medicale.

Acesta necesită existența următoarelor documente:

a) certificatul de înregistrare în registrul unic al cabinetelor medicale

b) autorizația sanitară pentru spațiul în care se desfăşoară activitatea.

c) contul deschis la trezoreria statului.

d) codul numeric personal sau codul fiscal după caz.

e) certificatul de acreditare pentru fiecare medic de familie pe care îl reprezintă.

f) lista cuprinzând asigurații înscrişi de fiecare medic pe care îl reprezintă.

g) dovada asigurării pentru malpraxis pentru fiecare medic pe care îl reprezintă.

Cabinetele medicale din mediul rural pot avea puncte sanitare numai în rural, în situația în care asigurații de pe lista proprie a medicilor respectivi au răspândire mare în teritoriu.

Autorizația sanitară este obligatorie atât pentru cabinetele medicale, cât şi pentru punctele sanitare ale acestora.

11.7.6. Organizarea programului de activitate pentru furnizorii de servicii medicale primare

Programul de activitate al fiecărui medic de familie organizat în funcție de condițiile specifice din zonă, trebuie să asigure în medie pe zi de **luni până vineri** minimum 5 ore cabinet plus 2 ore la domiciliul asiguraților, conform graficului de vizite la domiciliu.

În cazul în care numărul asiguraților înscrişi pe lista proprie este mai mare decât numărul mediu de asigurați stabilit pe total țară, **respectiv de 1.700 , programul total de lucru se prelungeşte corespunzător** acolo unde este posibil, în funcție de numărul de servicii medicale solicitate de asigurați.

- La stabilirea programului de activitate se va ține cont şi de serviciile furnizate pentru zona stabilită şi repartizată de D.S.P.
- Programul de activitate astfel stabilit se aduce la cunoştința asiguraților prin afişare într-un loc vizibil la cabinetul medical şi se aduce la cunoştința CAS şi DSP.
- Serviciile medicale de urgență în afara programului de lucru sunt asigurate după caz de:

a) medici asociați din mai multe localități sau din aceeaşi localitate în centre de permanență pentru toate persoanele care solicită acest serviciu.

b) medicul de familie cu domiciliul în localitatea respectivă, care poate acorda servicii de urgență în afara programului de lucru, acolo unde nu este organizat un centru de permanență.

c) serviciile de urgență prespitaliceşti solicitate direct sau prin intermediul administrației publice locale în zonele rurale dacă nu este organizat centru de permanență sau dacă nu există medic de familie cu domiciliul în localitatea respectivă.

- Pentru acordarea serviciilor medicale contractate, cabinetele medicale vor încadra o asistentă medicală/1000 asigurați înscrişi în lista proprie a unui medic de familie.

Asistentul medical poate fi încadrat şi cu fracțiune de normă, dacă pe lista medicului de familie sunt sub 1000 de asigurați.

Drepturile salariale ale cadrelor medii sanitare se stabilesc prin negociere, potrivit contractelor.

11.7.7. Decontarea.

Decontarea serviciilor medicale în asistența medicală primară pentru asigurați se realizează prin:

- plata prin tarif pe persoană (plata per capita) asigurată stabilită în raport cu numărul de puncte calculat în funcție de numărul şi de structura pe grupe de vârstă ale asiguraților înscrişi pe lista proprie, ajustat în funcție de condițiile în care se desfăşoară activitatea şi în funcție de gradul profesional şi de valoarea unui punct stabilit prin norme.
- Numărul de puncte în funcție de structura pe grupe de vârstă se stabileşte prin norme.
- Număr de puncte acordat pentru fiecare persoană înscrisă corespunde asigurării de către furnizorul de servicii medicale a unui pachet de servicii medicale pe durata unui an.
- Pachetul de servicii medicale şi condițiile în care se acordă, se stabilesc prin norme.
- Valoarea punctului este unică şi se calculează de CNAS.
- Pentru perioadele de absență a medicilor de familie se organizează preluarea activității medicale de către un alt medic de familie.

Asiguraţii în vârstă de peste 30 ani au dreptul la un control medical anual, pentru prevenirea bolilor cu consecințe majore în ceea ce priveşte morbiditatea şi mortalitatea, control care se va efectua pe baza unei planificări trimestriale, afişată la cabinetul medicului de familie.

- Casele de Asigurări de Sănătate au obligația să informeze asiguraţii despre obligativitatea efectuării acestui serviciu.

- Neefectuarea acestor controale medicale din cauza medicului de familie, în proporție de peste 20% pe trimestru, atrage după sine diminuarea cu 10% a veniturilor aferente plății per capita pentru trimestrul respectiv.

CAS are obligația să deconteze în termen de maximum 20 zile de la încheierea fiecărei luni contravaloarea serviciilor medicale furnizate.

În cazul în care termenul de plată nu este respectat din vina CAS, acestea sunt obligate la plata unor majorări de întârziere egale cu majorările care se aplică pentru întârzierea plății impozitului către stat.

Refuzul CAS de a deconta unele prestații raportate ca realizate se poate face numai prin prezentarea în scris a cauzelor care au condus la acesta.

Contestațiile împotriva acestor refuzuri se soluționează de comisiile de arbitraj organizate potrivit legii.

11.7.8. Avantaje şi responsabilități

Legea asigurărilor sociale de sănătate reglementează o serie de avantaje şi responsabilități pentru asigurați.

1. Astfel persoanele asigurate vor avea libertatea de a-şi alege medicul şi unitatea sanitară şi se vor putea înscrie pe lista unui medic de familie pe care îl doresc, având posibilitatea schimbării acestuia după o perioadă de cel puțin trei luni, în caz de nemulțumire.

2. Asigurații vor avea accesibilitate la servicii medicale de calitate.

3. Asigurații vor beneficia de servicii medicale preventive şi de asistență medicală, ori de câte ori au nevoie de medicamente şi materiale sanitare, îngrijiri la domiciliu, din partea unui cadru mediu sanitar dacă acestea sunt considerate necesare şi indicate de medic, de ajutor de menaj pe perioada bolii sau a invalidității în cazul în care nu pot să-l îngrijească şi nu au aparținători legali care să-l ajute.

4. Asiguraţii vor fi reprezentaţi de către instituţiile de asigurare în relaţie cu furnizorii de servicii medicale.

5. Prin contribuţia individuală pe care o plătesc, asiguraţii vor avea o poziţie mai puternică în raport cu sistemul serviciilor de sănătate, iar medicii şi unităţile sanitare cărora se adresează vor avea un interes crescut să ofere îngrijiri şi servicii medicale de calitate.

6. Dar în acelaşi timp, asiguraţii vor trebui să efectueze tratamentul prescris de medic, să respecte indicaţiile medicale pentru păstrarea propriei sănătăţi şi să plătească contribuţia la asigurări. Sistemul de asigurări sociale de sănătate va include toată populaţia.

11.7.9. Organizarea asistenţei medicale în ambulatoriul de specialitate

În baza contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii care lucrează în unităţile din asistenţa medicală ambulatorie de specialitate au următoarele obligaţii:

- de a acorda servicii de asistenţă medicală ambulatorie de specialitate numai pentru asiguraţii care au bilet de trimitere, excepţie făcând urgenţele şi afecţiunile confirmate care permit prezentarea direct la medicul din ambulatoriul de specialitate;
- să respecte confidenţialitatea prestaţiei medicale;
- să nu refuze acordarea asistenţei medicale în cazul unei urgenţe, ori de câte ori i se solicită aceste servicii medicale;
- să respecte dreptul de liberă alegere de către asigurat a medicului de specialitate, şi a unităţii sanitare respective, în limitele de calitate impuse de activitatea medicală;
- să îşi stabilească programul de activitate; să îl afişeze la cabinetul medical sau laboratorul medical, într-un loc vizibil;

- să informeze medicul de familie prin scrisoare medicală direct expediată referitor la diagnosticul şi tratamentele recomandate; să transmită rezultatul investigațiilor efectuate, medicului care a solicitat acest lucru;
- să furnizeze tratamentul adecvat; să respecte condițiile de prescriere a medicamentelor înscrise în nomenclatorul de medicamente.

Pentru specialitățile clinice, cabinetele medicale de specialitate, îşi stabilesc programul de activitate de luni până sâmbătă inclusiv/35 ore pe săptămână.

Atunci când furnizarea de servicii medicale de un anumit tip presupune prelungirea programului de lucru, medicul poate acorda servicii în cazul în care programul se prelungeşte cu până la 50 %. Dacă însă programul majorat introdus nu acoperă volumul de servicii medicale acordate populației, atunci medicul va întocmi pentru asigurați listele de aşteptare.

Serviciile medicale în asistența din ambulatoriul de specialitate se decontează astfel:

- **plata prin tarif exprimat în puncte** pentru specialitățile clinice, ce se stabileşte în funcție de numărul de puncte pentru fiecare serviciu medical, ajustat în funcție de condițiile în care se desfăşoară activitatea, de gradul profesional, de valoarea unui punct.
- **plata prin tarif exprimat în lei** pentru serviciile acordate în specialitățile stomatologice, paraclinice, şi în bazele de tratament pentru recuperare, reabilitare, care este stabilită în funcție de numărul de servicii medicale şi tarifele specifice lor.

Atunci când un furnizor a încheiat mai multe contracte, fiecare casă va deconta contravaloarea serviciilor medicale acordate pentru persoanele asigurate care virează contribuția la aceste case.

Casele de asigurări de sănătate, decontează serviciile medicale ambulatorii de specialitate pentru:

- copiii încredințați sau aflați în plasament chiar dacă nu sunt înscrişi pe lista unui medic de familie;

- atunci când este necesar un tratament ambulatoriu înainte de internare şi după externarea din spital;
- pe bază de scrisoare medicală de la medicii de specialitate din spitale.

Persoanele care se prezintă la medicul de specialitate fără să aibă bilet de trimitere, excepție făcând urgențele, afecțiunile confirmate care permit prezentarea direct în ambulatoriul de specialitate, plătesc contravaloarea serviciilor medicale, afişate la loc vizibil şi la un preț stabilit de furnizor.

CAPITOLUL 12

MANAGEMENT SANITAR. GENERALITĂȚI

12.1. Scurt istoric

Managementul este un termen englezesc de origine franceză, provenind din cuvântul francez „ménage" care înseamnă „organizarea şi dirijarea unei case", „l'ordre est le traire d'une maison » (Jean Chevalier).

În timpul celui de al doilea război mondial, perioada anilor 1930 – 1940 s-a pus accent pe ideea conform căreia, ştiința de a conduce poate fi dobândită prin învățare, cercetarea punând în evidență atributele necesare conducerii ştiințifice, identificând şi stilurile de conducere.

Al. Popescu, în lucrarea sa„Management şi marketing sanitar – Asistență şi protecție socială", arată că prin management se înțelege forma care întreprinde totul în vederea atingerii unui obiectiv fixat. Managementul a fost dezvoltat inițial în „viața" întreprinderilor.

În limba română corespondentul semantic al managementului este de „conducere".

În ultimele decenii un rol deosebit îl ocupă managementul japonez care poate fi definit prin:

- adoptarea unei tehnologii de vârf
- organizarea eficientă
- răbdarea în marketing
- munca disciplinată
- planificare superioară
- sistemul informațional

Nici serviciile de sănătate nu s-au sustras conducerii ştiințifice.

Prin noțiunea de **management** se înțelege procesul de proiectare şi de menținere al unor condiții în care persoane lucrând împreună în grupuri, îndepli-

nesc în mod eficace anumite scopuri care sunt selectate şi bine definite.

Managerul (liderul) este acea persoană dintr-o organizație căreia i s-a încredințat responsabilitatea realizării unei activități, prin colaboratorii săi, în cadrul unei unități ocupaționale.

Leadership-ul (conducerea) reprezintă arta sau procesul de a influența persoanele în subordine astfel încât să se străduiască să îndeplinească scopurile grupului. Leadership-ul presupune să poți oferi angajaților, un ghid pentru ceea ce trebuie/nu trebuie să facă. Funcția de conducere se referă la relațiile existente între manager şi subordonați şi include crearea unui mediu propice motivațional.

După David Gustaftson: „Managementul este procesul prin care munca este făcută prin intermediul altora, la timp şi în limita bugetului". După alți autori managementul reprezintă 70% - bun simț şi 30% cunoştințe.

Managementul este atât o artă – adică necesită calități înnăscute din partea managerului, cât şi o ştiință – deci se poate dobândi (în parte) prin învățare şi educație.

Cele dintâi referiri la management se regăsesc în *Vechiul Testament.*

De asemenea, în cadrul Bunelor Maniere din Babilonia se regăsesc diverse sugestii în acest sens. Aceste exemple sunt vechi de 30 de secole şi nu sunt singulare.

Există mai multe teorii în ceea ce priveşte evoluția gândirii manageriale, şi anume:

1. Teoria managementului ştiințific (F. Taylor)
2. Teoria modernă a managementului operațional (H. Fayol).
3. Teoria ştiințelor comportamentale (E. Mayo).
4. Teoria sistemelor (Ch. Barnard).
5. Alte curente moderne în management (P. Druker, A. Maslon).

- După Taylor principiile conducerii sunt:
  1. Înlocuirea regulilor de „bun simț", cu ştiința (cunoaşterea organizată).
  2. Obținerea armoniei în acțiunea de grup şi nu a discordiei.

3. Realizarea cooperării personale şi nu a individualismului haotic.
4. A lucra pentru un output maximal şi nu pentru output limitat.
5. Dezvoltarea tuturor lucrătorilor la capacitatea maximă, pentru a obține cel mai înalt grad de prosperitate pentru ei şi pentru companie.

- Întemeietorul ştiinței conducerii este însă considerat inginerul francez H. Fayol (1841-1925) care în lucrarea sa *„Administration industrielle et générale”* (1916) precizează funcțiile de conducere ce au la bază următoarele principii:

1. Diviziunea muncii.
2. Autoritatea şi responsabilitatea
3. Disciplina
4. Unitatea de comandă
5. Unitatea de direcție
6. Subordonarea interesului personal celui general
7. Remunerarea
8. Centralizarea
9. Lanțul scalar
10. Ordinea
11. Echitatea
12. Stabilirea ocupării postului
13. Inițiativa
14. Spiritul de „corp”

12.2. Principiile generale ale conducerii

Sunt reprezentate de:

1. Conducerea prin obiective

2. Învățarea din experiență
3. Diviziunea muncii
4. Înlocuirea resurselor rare
5. Convergența muncii
6. Funcțiile determină structura
7. Delegarea autorității
8. Conducerea prin excepție
9. Utilizarea celui mai scurt drum până la decizie

La ora actuală în activitatea managerială au apărut tendințe noi şi anume:

- în domeniul planificării: alianțele strategice
- în domeniul organizării: cultura organizațională
- în domeniul personalului: competența, controlul stresului
- în conducere: activitatea autoresponsabilă desfăşurată în interiorul organizației.
- în activitatea de control: mecanismele de asigurare şi evaluare a calității îngrijirilor de sănătate.

12.3. Ştiința şi arta conducerii

Managementul este în acelaşi timp artă şi ştiință.

Artă prin componența sa practică.

Ştiință prin metodele, conceptele, teoriile care întăresc eficacitatea generată de artă.

Leadership-ul reprezintă arta sau procesul de a influența persoanele astfel încât acestea să se străduiască să îndeplinească scopurile grupului.

Importanța managementului poate fi dovedită statistic, în sensul că statele care pregătesc mai mulți manageri au indicatori ai performanței mai înalți.

Kreitner redă formula succesului managerial:

$S = A \cdot M \cdot O$ unde:

S = (succesul) este produsul dintre A (abilitatea managerială), M (motivația) şi O (oportunitatea conducerii).

Formula este astfel concepută încât dacă unul din termeni este zero, succesul managerial devine nul.

12.4. Sursele autorității în activitatea de conducere (în grup)

În activitatea de conducere (managerială), atributul pe care îl are un conducător (un lider) este acela de a pretinde ascultare. Exercitarea autorității face posibilă luarea şi executarea deciziilor şi, în general, îndeplinirea obiectivelor grupului.

Principalele surse ale autorității sunt:

- ***poziția ierarhică,*** care conferă autoritate administrativă (oficială) şi este legată de poziția pe care o ocupă un lider într-o organizație; ea are însă un caracter efemer, deoarece se poate exercita numai atât timp cât liderul ocupă funcția de conducere în cadrul organizației (această caracteristică defineşte liderul formal).
- ***autoritatea bazată pe competență*** este conferită de cunoştințele şi tehnologiile utilizate de un lider în activitatea de conducere. Această sursă de autoritate nu generează automat pretenția de a fi ascultat, dar un lider competent este ascultat atât timp cât acest drept i-l conferă membrii grupului (această caracteristică este definitorie pentru liderul informal).
- ***carisma reprezintă*** o calitate înnăscută, asociată autorității morale; un lider charismatic este capabil de a motiva şi de a mobiliza membrii grupului pentru realizarea obiectivelor propuse.

Liderul (conducătorul) unui serviciu de sănătate, al unei instituții medicale sau stomatologice, deține puterea instituțională deoarece a fost investit cu ea. Dacă în plus, competența sa profesională şi de conducere este unanim acceptată de către membrii grupului, acest ascendent face din el o autoritate.

Dar, personalitatea liderului - care poate exercita efecte importante asupra evoluției sociale, precum şi a destinelor individuale - reprezintă o problemă deosebit de importantă pentru societate. De aceea, lansarea socială a liderilor nu poate fi lăsată pe seama unei "selecții naturale" (care acționează mai ales prin

exprimarea tendinței unui anumit individ de a conduce, prin autopropulsare), ci ea trebuie realizată prin exprimarea nevoii sociale de lideri autentici.

12.5. Lideri şi tipuri de conducere

Acțiunea de conducere se caracterizează între activitățile sociale, prin posibilitatea executării unei anumite influențe asupra unui grup. Conceptul de conducere (management) sintetizează teoria şi practica influenței şi a puterii (autorității) în grupurile organizate.

Viața socială a resimțit întotdeauna nevoia unui "creier" al acțiunii de grup, care este liderul (conducătorul).

Această necesitate se întemeiază pe două premise importante:

a) ***Caracterul social al ființei umane***, care-şi desfăşoară viața şi activitatea într-un cadru social organizat: familie, microgrup, grup mare, comunitate, aflate într-un angrenaj de relații interumane;

b) ***Nevoia de organizare a activității grupului social.*** Cuvântul grup provine de la *groppo*, care în limba italiană înseamnă nod, legătură.

Un grup social este constituit dintr-o sumă de conştiințe individuale, fiecare având caracteristicile ei specifice.

Problema socială într-un grup uman o reprezintă organizarea activității, prin concentrarea şi realizarea eficientă a eforturilor grupului, pentru realizarea unui scop comun. Obiectivul ei principal este acela de a-i determina pe membrii grupului să acționeze într-un anumit mod şi nu altfel, în funcție de obiectivul urmărit. Această acțiune se realizează printr-un proces de influență pe care o exercită liderul, deci prin exercitarea puterii "autorității".

Liderul îndeplineşte două funcții sociale importante:

1. una orientată către eficiență şi eficacitate în activitățile grupului (funcția de facilitare operatorie);

2. alta orientată către asigurarea satisfacției grupului (funcția de facilitare motivațională).

Principalele caracteristici ale acestor două funcții ale liderului sunt:

1. Funcția de facilitare operatorie: în acest caz, liderul acționează în calitate de specialist tehnic, ca profesionist şi are sarcina de a dirija membrii grupului spre realizarea obiectivelor propuse. În acest sens liderul asigură:

- stabilirea şi comunicarea clară a obiectivelor şi sarcinilor;
- planificarea şi organizarea acțiunilor, cu stabilirea responsabilităților individuale;
- asigurarea resurselor materiale necesare;
- stabilirea clară a normelor şi controlul conformității grupului;
- facilitarea circuitului informațional (decizie şi feed-back).

2. Funcția de facilitare motivațională: în acest caz, liderul acționează în calitate de specialist în problemele socio-psihologico-afective, în care sens el dirijează relațiile şi climatul de grup în scopul coeziunii şi conservării acestuia. Această funcție se referă, prin urmare, la acțiuni adresate climatului de grup şi asigurării satisfacției personale a membrilor grupului (aplanarea şi asanarea conflictelor, aprecierea eforturilor deosebite depuse de anumiți membri ai grupului, asigurarea confortului moral în interiorul grupului, cultivarea devotamentului şi a încrederii reciproce, înțelegerea problemelor personale etc.).

12.6. Tipuri de lideri

În psihologia socială se utilizează clasificarea în lideri formali, lideri informali şi lideri autentici.

Liderul formal (instituțional) este persoana investită oficial în funcția de conducere.

Liderul informal este persoana recunoscută ca lider de către membrii grupului şi care se află în centrul relațiilor simpatetice ale acestora.

Liderul autentic reflectă situația de coincidență, ca persoană, între liderul formal şi cel informal.

Un lider autentic, care constituie situația cea mai favorabilă, este un centru al relațiilor şi al percepțiilor interpersonale, al relațiilor ocupaționale, al co-

municării în cadrul grupului, fiind un punct de concentrare al informațiilor esențiale pentru activitatea grupului.

Problema liderului unei comunități sau al unui microgrup este deosebit de importantă. În principiu, persoanele ale căror calități sau contribuții au o semnificație deosebită pentru grup prezintă şanse de a deveni lideri în măsura în care acestea sunt percepute de către ceilalți membri ai grupului ca fiind demne de stimă, încredere şi considerație; numai în aceste condiții ei sunt recunoscuți ca lideri. Liderul autentic se remarcă prin capacitatea de a stimula membrii grupului în a-şi valorifica plenar resursele, multiplicând efectele contribuțiilor individuale ale acestora.

Trebuie făcută o distincție între *liderul formal* (instituțional, oficial) şi *liderul informal* (neoficial, neinstituțional). *Liderul formal* deține o poziție de conducere care decurge dintr-o structură prestabilită, prevăzută în organigrama grupului. Autoritatea acestuia rezultă nu neapărat din valoarea lui intrinsecă, ci îndeosebi din valoarea socială sau comunitară a funcției cu care el este investit. *Liderul informal* deține nu o poziție dată, ci una câştigată în cadrul procesului structurării raporturilor preferențiale din interiorul grupului. Cu toate că nu deține întotdeauna puterea oficială în grup, liderul informal poate să ocupe o poziție centrală din punctul de vedere al influenței pe care o exercită asupra membrilor grupului. Situația ideală este aceea în care liderul formal coincide, ca persoană, cu liderul informal (liderul autentic).

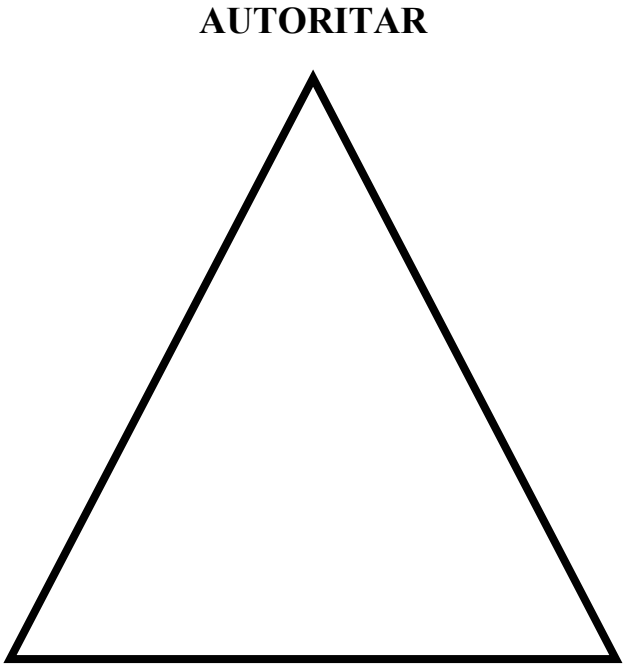
Calitățile unui lider sunt, în general, înnăscute, deşi există şi însuşiri care pot fi dobândite prin practică, cum ar fi: cunoaşterea mentalității subordonaților, a însuşirii punctului lor de vedere etc.

12.7. Stiluri de conducere

Din interacțiunea unui anumit tip de lider cu un anumit tip de grup rezultă un anumit stil de conducere.

Stilul de conducere imprimat grupului de către lider, după R. White şi R. Lippitt, de la Universitatea din Iowa (S.U.A.) poate fi ***autoritar, democratic*** sau ***"laissez faire".*** În practică se poate întâlni însă un număr nelimitat de situații

intermediare între aceste trei "jaloane".



Stilul autoritar (autocratic). Liderul stabileşte singur întreaga activitate a grupului; el o lansează, el dictează tehnicile şi etapele de lucru, el fixează fiecărui membru sarcinile şi partenerii cu care va lucra, fără a se consulta cu membrii grupului.

Stilul democratic (participativ). Problemele sunt discutate în comun, iar deciziile sunt luate cu participarea întregului grup, cu încurajarea şi ajutorul liderului care sugerează procedurile de lucru, grupul putând alege între ele. Liderul apare ca un membru al grupului, fiind obiectiv şi realist în aprecierea subordonaților, iar membrii grupului sunt liberi să-şi aleagă colegii de muncă.

Stilul "laissez faire". Grupul şi membrii săi au întreaga libertate de decizie. Liderul nu intervine prea mult în rezolvarea problemelor, nu ia parte la activitate şi nu-şi impune autoritatea. El furnizează doar diferite materiale şi informații dacă i se solicită, dă unele amănunte suplimentare, fără să participe însă la discuții şi fără să se intereseze prea mult de mersul evenimentelor.

Necesitatea unuia sau altuia dintre stilurile de conducere depinde de sco-

pul şi natura grupului, de relaţiile acestuia, de condiţiile activităţii etc. Există situaţii de pericol, cum ar fi epidemiile, calamităţile naturale, războaiele etc., care impun disciplină şi conformism. Deci, stilul de conducere trebuie să se modeleze în funcţie de condiţiile economice, sociale şi psihologice ale grupului.

În asistenţa medicală este vorba, de multe ori, de lupta cu pericolul (viaţa umană), de exemplu în asistenţa medicală de urgenţă sau în cadrul echipei chirurgicale, în reanimare, ceea ce impune necesitatea stilului autoritar.

Pe de altă parte, pentru creşterea calităţii procedurilor medicale şi reducerea probabilităţilor de eroare umană în actul diagnostic, terapeutic, este indicat climatul de grup, adică stilul democratic (consultul între specialişti în cazuri dificile).

Plecând de la modelul Lippitt - White, diverşi autori au descris o serie de tipuri intermediare: "autocratul absolut", sever, dur şi violent; "autocratul binevoitor", asemănător primului, dar dublat de nonconformism; "autocratul incompetent", despotic, inegal, nesigur; "pseudo-democratul", prea nesigur pentru a avea succes, apropiat de "autocratul novice".

Recent, alţi cercetători consideră ca stiluri fundamentale: "autoritar coercitiv", "autoritar persuasiv", "permisiv" (delegativ), "participativ" (democratic). **În organizaţiile cu un management eficient, stilul predominant este cel participativ.**

12.7.1. Stiluri de management

În funcţie de atitudinea liderului faţă de responsabilitatea proprie, stilurile de management se clasifică în: stilul repulsiv, stilul dominant şi stilul indiferent.

Stilul repulsiv corespunde persoanelor care refuză promovarea lor în funcţii de conducere. Acestea manifestă un respect exagerat faţă de independenţa celorlalţi membri ai grupului. Tipul acesta de manager are complexe de inferioritate şi o încredere redusă în forţele proprii.

Stilul dominant se referă la managerii caracterizaţi printr-un comportament orientat vădit către ocuparea unor posturi cât mai înalte în ierarhia organi-

zației. Aceste persoane sunt dinamice, active, generând în jurul lor un climat tensionat şi conflictual.

Stilul indiferent este specific acelor persoane care nu manifestă un interes deosebit față de evoluția lor în ierarhia organizației. Persoanele cu acest stil nu sunt interesate de ocuparea unor funcții de conducere, dar odată promovate în aceste posturi au toate şansele să devină manageri eficienți.

12.7.2. Tipuri de manageri

*După criteriul comportamentului se descriu **două** tipuri de manageri:*

- tipul de manager care pune înainte de toate obligativitatea formală a îndeplinirii obiectivelor, dă dispoziții şi trasează sarcini, supraveghind îndeaproape rezultatul (comportamentul dictatorial);

- tipul de manager care nu apare întotdeauna în poziția formală, oficială (cum face primul tip), ci într-o postură prietenoasă, apreciind eforturile şi realizările subordonaților într-un mod realist şi mai puțin formal (comportament prietenos).

12.7.3. Stiluri de conducere

*Prin combinarea lor rezultă **patru** stiluri distincte de conducere:*

Stilul de comandă: comportament puternic dictatorial şi foarte puțin prietenos;

Stilul de negociere: comportament puternic dictatorial şi foarte prietenos;

Stilul participativ: comportament slab dictatorial şi foarte prietenos;

Delegarea autorității: comportament slab dictatorial şi puțin prietenos.

Factorul major în alegerea stilului de conducere este maturitatea manifestată de subordonați în îndeplinirea sarcinilor. Nivelul de maturitate este demonstrat de competența şi motivația membrilor grupului de a lucra bine fără a fi su-

pervizați. Prin urmare, stilul de conducere se poate modifica pe măsura schimbării nivelului de maturitate al subordonaților. Pe măsura creşterii performanţelor grupului, liderul reduce componenta "directivă" şi creşte componenta "susținere, suport".

12.8. Calitățile unui lider autentic

Conducătorul (liderul) unui grup trebuie să fie competent, corect şi creativ, calități care-i conferă dreptul legitim de a conduce, de a dispune şi de a lua decizii în limitele reglementărilor legale. Autoritatea şi competența, care trebuie să se bazeze pe cunoştințele şi calitățile sale, precum şi pe experiența acumulată, îi măresc acestuia prestigiul în fața grupului. Capacitatea liderului de a conduce depinde de următoarele calități:

- să ştie să asculte;
- să posede capacitatea de a discuta şi a-şi apropia colaboratorii;
- să se înconjoare de persoane unite într-o echipă omogenă şi eficientă de lucru;
- să ştie să traseze directive, împărțind în mod echitabil sarcinile între colaboratori;
- să ia deciziile cele mai adecvate, în cele mai diverse situații;
- să dea dovadă de calm, echilibru şi maleabilitate în conducerea activității şi să nu favorizeze pe unii în detrimentul altora;
- să fie modest dar, prin munca sa, să constituie un exemplu de profesionalism şi comprehensiune pentru membrii grupului;
- să nu considere că fiecare poate să facă ce vrea;
- să iubească şi să asculte oamenii, dar să nu uite că nu este înconjurat numai de binevoitori;
- să accepte, când este cazul şi părerea altora din grupul de muncă dar, în acelaşi timp, să nu uite că responsabilitatea este personală;
- să accepte şi să favorizeze buna dispoziție, înțelegerea şi colegialitatea în cadrul grupului.

Liderul trebuie să se consulte cu colaboratorii, motiv ce nu-i va ştirbi cu nimic autoritatea, în adoptarea celor mai adecvate decizii. În acest sens, el trebuie să organizeze scurte întâlniri săptămânale de lucru cu membrii grupului pe care-l conduce.

12.9. Funcțiile manageriale

Sunt reprezentate de acele funcții pe care le îndeplinesc managerii pentru a atinge obiectivele organizației lor.

Ceea ce face un manager poate fi clasificat în:

1. Previziunea (prognoza)

Reprezintă preocuparea pe care liderul trebuie să o aibă pentru a evalua evoluția de perspectivă a stării de sănătate a comunității, a necesarului acesteia în asistența medicală.

Previziunea stă la baza planificării sanitare, asigurând premisele unui plan real şi eficace de calitate pentru prevenirea unor aspecte negative care s-ar putea manifesta ulterior.

2. Planificarea, constă în selectarea misiunilor, a obiectivelor şi a acțiunilor necesare pentru realizarea lor.

Activitatea de planificare permite luarea unor decizii din mai multe alternative; adică planificarea presupune o alegere.

Scopul planificării este acela de a da posibilitatea serviciilor de sănătate să facă față prezentului şi să anticipeze viitorul.

După unii autori aceasta poate fi pe termen lung sau pe termen scurt. Prin termen scurt se înțelege o perioadă de maximum un an de zile. De exemplu, bugetul unui spital este o planificare pe termen scurt pentru că anticipează viitorul pe o perioadă de aproximativ un an (M.G. Marcu şi colab. – Sănătatea Publică şi Management. Editura universitară „Carol Davila", Bucureşti 2002)

3.Organizarea

Este activitatea prin care se stabileşte structura intenţională a instituției şi se definesc rolurile persoanelor în cadrul diferitelor compartimente, precum şi

relaţiile dintre diferite compartimente.

Organizarea constă în stabilirea relaţiilor de autoritate şi responsabilitate. Scopul organizării este acela de a crea o structură adecvată pentru organizaţie, astfel încât aceasta să-şi poată atinge obiectivele propuse prin planificare.

Organizarea este un mijloc şi nu un scop în sine.

Ea facilitează îndeplinirea sarcinilor şi prin aceasta facilitează realizarea scopurilor instituţiei.

Organizarea poate fi făcută pentru a funcţiona pe **termen lung** (departamente/structuri permanente) sau pe **termen scurt** în cazul în care se formează un grup de lucru ce se va dizolva în momentul în care sarcina a fost îndeplinită.

4. Funcţia de personal (coordonare)

Această funcţie constă în activităţile care sunt legate de managementul resurselor umane sau de administrare a personalului.

Funcţia de personal include recrutarea angajaţilor, selectarea persoanelor ce urmează a fi angajate, alocarea personalului în posturile desfăşurate în vederea întreruperii activităţii angajaţilor din cauza pensionării, concedierii, sau a transferurilor.

Scopul principal al acestei funcţii este acela de a desemna persoanele cele mai potrivite, posturilor deţinute, adică care au calificarea descrierii postului. Angajaţii nu trebuie să fie nici subspecializaţi şi nici supraspecializaţi în postul pe care îl ocupă.

5. Conducerea (comanda, leadership) – dirijarea.

Presupune să oferi subordonaţilor un ghid pentru ceea ce trebuie şi ceea ce nu trebuie să facă (C. Vlădescu – Managementul resurselor umane), conducerea fiind caracterizată prin acţiune. Realizarea acestei funcţii: presupune dezvoltarea unor relaţii interpersonale favorabile îndeplinirii misiunii instituţiei medicale.

Conducerea implică constituirea unui mediu de motivare, comunicare şi leadership între manager şi subordonaţii săi.

Un manager poate alege diferite stiluri de conducere în funcţie de sarcina care urmează să fie îndeplinită şi de dorinţa angajatului de a aduce la bun sfârşit

acest lucru.

Astfel un manager poate adopta un stil autoritar, în timp ce altul să considere că o abordare mai democratică funcționează mai bine.

Îndeplinirea unei sarcini ține şi de experiența angajatului. Asta înseamnă că un angajat cu mai puțină experiență va avea nevoie de o supervizare continuă chiar şi pentru o sarcină simplă care ar trebui îndeplinită.

6. Control (monitorizare)

Constă în monitorizarea şi evaluarea performanțelor obținute. Scopul este de îmbunătățire a calității.

Controlul implică stabilirea de standarde şi compararea rezultatelor concrete obținute cu aceste standarde.

Controlul este o operație continuă şi dificilă care impune multe eforturi, exemplul personal al liderului fiind hotărâtor pentru asigurarea disciplinei şi corectitudinii activității pentru membrii grupului.

El nu înseamnă numai constatarea, ci şi corectarea eventualelor abateri.

Procesul de control cuprinde patru etape (Taylor):

1. Stabilirea de standarde pentru timp, calitate, cantitate.
2. Măsurarea rezultatelor.
3. Compararea rezultatelor cu standardele.
4. Aplicarea modificărilor necesare.

7. Evaluarea

În timp ce controlul are un caracter continuu, evaluarea are un caracter periodic şi final.

Ea constă în analizarea şi interpretarea rezultatelor obținute.

Nici o activitate umană nu poate fi considerată satisfăcătoare, dacă rezultatele ei nu se reflectă în bunul mers al organizației respective.

Pentru evaluarea rezultatelor este necesar un sistem informațional adecvat, pe baza unei evidențe primare corecte a activității curente, întocmirii şi ținerii la zi a fişierului medical, a evidenței şi gestionării resurselor materiale (aparatură, instrumente, materiale şi substanțe consumabile), a resurselor financiare,

umane.

Evaluarea trebuie să determine în ce măsură au fost realizate directivele propuse, să măsoare valoarea rezultatelor în raport cu volumul resurselor consumate (raportul cost/eficacitate), să aprecieze adecvarea şi corectitudinea măsurilor luate, să analizeze eficiența întregii activități depuse. Privind retrospectiv, ea apreciază á posteriori, activitatea desfăşurată şi rezultatele obținute.

12.10. Rolurile manageriale

Un manager are autoritate şi anumite responsabilități atât în cadrul organizației cât şi în afara ei.

Aceste activități sunt descrise ca **roluri** pe care le îndeplineşte un manager.

În analiza activității manageriale Mintzburg a descris 10 roluri, clasificate în 3 categorii (după D. Enăchescu, M. Gr. Marcu – Sănătate Publică şi Management – edit. All, 1997).

I. Roluri interpersonale

1. Rolul de reprezentare
2. Rolul de lider
3. Rolul de legătură.

II. Roluri informaționale

4.Rolul de monitor (receptor)
5. Rolul de diseminator (difuzor)
6. Rolul de purtător de cuvânt

III. Roluri decizionale

7. Rolul de antreprenor
8. Rolul de mediator (persoana care rezolvă conflictele)
9. Rolul de distribuitor de resurse
10. Rolul de negociator (cel care operează cu persoane şi grupuri de persoane).

I. Roluri interpersonale

1. Rolul de reprezentare

Orice manager – are de îndeplinit anumite sarcini ceremoniale, care ocupă o parte din timpul unui manager.

2. Rolul de lider

Managerul trebuie să creeze un mediu de muncă în aşa fel încât să încurajeze membrii grupului să obțină performanță maximă.

3. Rolul de legătură

Managerul trebuie să-şi mențină o rețea de relații cu persoanele din exteriorul organizației, reprezentând o sursă de informații pentru organizația sa.

O mare parte din putere este inclusă în aceste roluri manageriale.

În acest sens, managerul poate să aleagă între a transmite informațiile, le poate schimba cu un anumit scop sau poate să rețină o parte din informații.

II. Roluri informaționale

4. Rolul de monitor (receptor)

Managerul adună informații despre funcționarea unei instituții, selectându-le pe cele utile.

Informațiile sunt utilizate în scop **formal** pentru întâlniri, conferință, presă dar şi pentru conversații **informale** (C. Vlădescu - Managementul serviciilor de sănătate – Edit. Expert 2000).

5. Rolul de diseminator

Constă în transferul de informații către subalterni

6. Rolul de purtător de cuvânt

Managerul oferă informații despre organizația din care face parte, persoanelor din exteriorul ei.

III. Roluri decizionale

7. Rolul de antreprenor (agent de schimbare)

Este cel mai important rol decizional al managerului.

În perioada de tranziție, rolul de antreprenor este decisiv, managerul fiind persoana care inițiază schimbările în cadrul unei organizații şi care trebuie să

facă față forțelor care se opun schimbării.

8. Mediator (Rolul persoanei care rezolvă conflictele)

Managerul este persoana care trebuie să fie capabil să aplaneze conflictele din cadrul unei organizații.

Managerul trebuie să cunoască şi să aplice metodele de rezolvare a conflictelor.

9. Distribuitor de resurse

Mintzberg subliniază faptul că prin deciziile legate de alocarea resurselor, managerul planifică timpul, programează munca şi autorizează acțiunile.

Managerii trebuie să aleagă cine şi cât va primi din resursele limitate la care au acces. El trebuie să se bazeze pe nevoi, performanțe, utilitate şi nu pe informația politică sau prietenii.

10. Negociator

Managerul reprezintă interesele organizației în vederea obținerii resurselor necesare.

Ca negociator, va încerca să ajungă la o înțelegere cu persoanele de al căror ajutor are nevoie, protejând interesele şi resursele unității de lucru sau ale organizației.

12.11. Aptitudinile manageriale

Robert Katz a identificat trei aptitudini pe care un manager de succes le deține:

A. Aptitudini tehnice

B. Aptitudini umane

C. Aptitudini conceptuale

A. Aptitudini tehnice se referă la nivelul de competență într-o activitate specifică.

Ele includ metodologii şi tehnici necesare activității într-un anumit domeniu, de exemplu cel medical.

Se consideră că cei ce practică chirurgia au un nivel ridicat al acestor apti-

tudini

Managerii posedă astfel de aptitudini cum ar fi: aptitudinea de a scrie un raport, de a susține o prelegere clară şi logică etc.

B. Aptitudini umane se referă la abilitatea managerului de a lucra eficient cu ceilalți, ca indivizi şi ca grup.

Cele mai importante dintre aceste aptitudini sunt: a conduce fără a jigni, a nu fi de acord fără a fi dezagreabil, a media un conflict, a conduce o şedință.

C. Aptitudini conceptuale sunt reprezentate de abilitatea de a înțelege relațiile şi situațiile complexe, de a avea o viziune de viitor, de a vedea conexiuni în „haos".

Managerul trebuie să aibă capacitatea de a vedea organizația pe care o conduce şi activitățile desfăşurate în cadrul ei ca pe un întreg.

Aptitudinile conceptuale sunt necesare la nivelul cel mai înalt al organizației, deoarece interrelațiile şi efectele deciziilor ce privesc întreaga organizație sunt resimțite cel mai puternic. Ca oricare aptitudine şi cele manageriale se pot îmbunătăți prin practică.

Pe baza acestor noțiuni teoretice referitoare la funcțiile, rolurile şi aptitudinile necesare manageriale, aceştia îți pot constitui propria concepție, îşi pot proiecta propriul stil managerial şi îşi pot dezvolta propriile aptitudini.

BIBLIOGRAFIE

1. **Androniceanu Armenia –** *Management public,* Ed. Economică, Bucureşti, 1999.
2. **Balaci M. –** *Demografia vârstei a treia.* Concepte, metode, rezumate. Editura Medicală, Bucureşti, 1998.
3. **Batstone G.F.** – Educational aspects of medical audit, în British Medical Journal 301: 326 / 328.
4. **Bălăceanu C., Stolnici C.** –Calitatea vieţii vârstnicilor. Analele Institutului Naţional de Cercetări Economice, CIDE, Anul I, vol. II, Nr. 3, 1991.
5. **Beaglehole R., Bonita R., Kjellström T.** – *Bazele epidemiologiei*, Ed. All, Bucureşti, 1997.
6. **Beauchamp T.L., Childress J.F.** - *Principles of biomedical ethics. Oxford University Press, New York, 1989.*
7. **Belloiu R.** – În obiectiv, spitalul. Viaţa Medicală, nr. 13/29 martie 2002.
8. **Bogdan C.** – Adevărata faţă a instituţiilor pentru asistenţa bătrânilor, în: Sănătatea, Nr. 4, 1990.
9. **Bogdan C.** – Geriatria şi imperativul interdisciplinarităţii. Viaţa Medicală, nr. 3/16 ianuarie 1998.
10. **Bogdan C.** – Îngrijirile comunitare o componentă a reformei. Viaţa Medicală, nr. 11/14 martie 1997.
11. **Bogdan C.** – Al VIII-lea Congres al Asociaţiei Internaţionale de Psihogeriatrie. Viaţa Medicală, nr. 46/14 noiembrie 1997.
12. **Borcean Gh.** – Actul medical: respectarea normelor, ştiinţă sau artă? Viaţa Medicală, nr. 34/2002.
13. **Bourne H., Miles C**. – *Marketing: its place in organizational structure*. Health Service Management, vol. 89:18 – 20.
14. **Brătescu Gh.** (sub red.) – *Spitale vechi şi noi.* Ed. Medicală, Bucureşti, 1981.

15. **Bridgman R. F.** – *Hospital utilization. An international study*. Oxford Medical Publications, 1979.
16. **Brooks R. G**.- *Health Status Measurement : A Perspective on Change,* Macmilian, Londra , 1995.
17. **Brumboiu Irina, Bocşan I.S., Czernichow P., Herghea Delia, Pojar Adina –** Studiu pilot privind implementarea metodei de clasificare în grupe omogene de bolnavi în activitatea medicală din România. Revista Medico-Chirurgicală, Vol. 105, nr. 4/2001.
18. **Burgess R**. – *In the Field, on Introduction to Field Research,* Rontledge – London & New York, 1995.
19. **Camino G**. - Drug abuse and illicit drug use in Puerto Rico, Amer J. of Public Health, 1993, 83, 194-200.
20. **Cândea M.Rodica, Cândea D**.- *Comunicarea managerială. Concepte, deprinderi, strategie.* Ed. Expert, Bucureşti, 1996.
21. **Cârstea C**. – Reforma sanitară între principiile strategii şi strategia implementării. Viața Medicală, nr. 29/2001.
22. **Cassens Brett J**. - *Preventive Medicine and Public Health,* Harwal Publishing , 1992.
23. **Cinteză M., Gheorghe L.** – Vorbe despre reformă, Viața Medicală, nr. 16/2002.
24. **Cojocaru O., Frăteanu Ruxandra** – *Legislație privind sănătatea publică*, Ed. Lumina Lex, Bucureşti, 2002.
25. **Colton T.** - *Statistics in Medicine*, Brown & Company , 1974.
26. **Cucu Alexandra** – Sănătatea în contextul dezvoltății durabile. Viața Medicală, nr. 37/2002.
27. **Dorobanțu I**. – *Educația pentru sănătate,* Edit. Medicală, Bucureşti, 1985.
28. **Domnie R.S., Fyte C., Tannahill A. –** *Health Promotion – Models and values,* Oxford University Press, Oxford, Tokio, New York, 1995.

29. **Druguş L.** – *Economica & Politica Sănătăţii. Managementul sănătăţii*. Ed. Sedcom Libris, Iaşi, 2000.
30. **Duda Rene Corneliu -** *Sănătate publică şi management*, U.M.F Iaşi,1996.
31. **Duda R .C., Vitcu Luminița, Zanoschi Georgeta, Iliescu Liliana** – Accesibilitatea universală; efecte asupra utilizării spitalelor clinice din Iaşi. A XXVIII-a Sesiune Ştiinţifică Anuală a I.S.P. Iaşi, 8 – 10 iunie 1994.
32. **Duda R.C., Zanoschi Georgeta, Iliescu Liliana** – *Epoca informaţiilor şi medicina,*în Filosofie, Medicină, Ecologie. Chişinău, 1999.
33. **Duma Odetta** – *Public Health*, Ed. Venus, Iaşi, 2002.
34. **Enăchescu D., Marcu M. Gr.** – *Sănătate publică şi management sanitar*, Ed. All. Bucureşti, 1994.
35. **Enăchescu D., Marcu M. Gr.** – *Sănătate publică şi management sanitar*, Ed. All. Educationall S.A., Bucureşti, 1997.
36. **Enăchescu D., Havriliuc C.A.-** *Medicină Socială – Note şi suporturi de curs*, Bucureşti , 1992.
37. **Enăchescu D., Vlădescu C., Galan A. –** Opinia medicilor privind serviciile de sănătate din România*,* în Buletin de Informare ARSPMS, nr. 1/1994.
38. **Enăchescu D., Marcu Gr. M. (COORD) –** *Populaţia vârstnică,* pp.118-123, în „Sănătate publică şi management sanitar", Colecţia Medicinalis, Editura All, Bucureşti, 1995.
39. **Ernst R.L., Hay J.W. –** The U.S. Economic and Social Costs of Alzheimer's Disease. American Journal of Public Health, vol. 84, Nr. 8, 1994, p. 1261 – 1264.
40. **Foege W.H. –** Challenges to public health leadership*,* in Oxford Textbook of Public Health, 3rd, Ed. vol. 1, p.403 - 414, Oxford University Press, 1997.

41. **Garcia – Barbero M., Goicoechea J**. – *Health care delivery profiles and innovations in selected european countries,* O.M.S., Copenhaga, 2000.
42. **Gavăt Viorica, Petrariu F., Gavăt C., Azoicăi Doina –** *Factori de risc din mediu şi sănătate,* Editura Dan, Iaşi, 2001.
43. **Grigorescu C.C. –** Mecanismul de piată în sectorul sanitar*,* revista Medica, nr. 9/2002.
44. **Grigorescu C.C. –** Tendințe în evoluția populației mondiale. Consecințe şi politici în domeniul populației: Probleme de economice, CIDE, Nr. 11-14, 1992**.**
45. **Haines A. –** The general practitioner: an asset for health reform, in Changing Medical Education and Practice, W.H.O., nr. 12/1997.
46. **Havriliuc C.A., Vitcu Luminița** - Sănătate publică şi management; Metode epidemiologice – curs, U.M.F. Iaşi , 1995;
47. **Heidemann E.G.** – *The contemporary use of standards in health care*, WHO, 1993.
48. **Hobbs M.S.T., Jamrozik K. –** Medical care and public health*,* in Oxford Textbook of Public Health, 3rd, Ed. vol. 1, p. 211 – 236, Oxford University Press, 1997.
49. **Iliescu Maria Liliana –** *Evaluarea utilizării serviciilor de sănătate spitaliceşti în municipiul Iaşi* (Teză de doctorat – Coordonator Prof.dr.doc. Gheorghe Zamfir), Iaşi, 2002
50. **Ion Gabriela** – Spitalul, prioritatea reformei în sănătate. Viața Medicală, nr. 13/2002.
51. **Ionescu Tr.** – Productivitate, calitate, costuri în serviciile de sănătate. Viața Medicală, nr. 48/2001.
52. **Ionescu Tr.** – Rolul spitalului în cadrul reformelor din domeniul sănătății. Viața Medicală, nr. 13/2002.
53. **Ivan A.** - *Medicina omului sănătos*, Editura Medicală, Bucureşti, 1992.

54. **Ivan A.** – *Coordonate moderne în epidemiologie şi medicina omului sănătos.* Editura U.M.F. Iaşi, 1990.
55. **Ivo Foppa, H.Nook, Ch.Minder** – *The relation of Raported Symptoms to Social,* Individual and Behavioral Indicators of III – Health: is the Number of Reported Symptoms a Unique General Dimension of III – Health?, J.Cli. Epidemiology, vol. 48, no. 7, pp. 941-948, 1995.
56. **Jenicek Milos** - *Epidemiologie : principles , techniques , applications*, Edisem Inc. , 1987.
57. **Jeszenszky F**. – *Drepturile fundamentale ale pacienţilor şi medicilor. Declaraţii şi rezoluţii comentate*. Ed. Medicală, Bucureşti, 1999.
58. **Levey S., Looniba S.P.** – *Long–Term Care Administration*: *A Managerial Perspective*, vol. I, II, Spectrum Publications, New York, 1977.
59. **Lewkonia R.** – Improvement of medical practice in social context, in Towards Unity for Health,WHO., nr. 3/2001.
60. **Lucas O.A. –** Policies and strategies for the developing word, in Oxford Textbook of Public Health, 3rd, Ed. vol. 1, p.331 - 334, Oxford University Press, 1997.
61. **Lupu I. Zanc I.S. –** *Sociologie medicală. Teorie şi aplicaţie.* Editura Polirom Iaşi, 1999.
62. **Malpani Aniruddha –** Why doctors need to prescribe information! in Changing Medical Education and Medical Practice,WHO, nr. 13/1998.
63. **Marcu Aurelia, Marcu Gr.**M. – *Ghid pentru managementul programelor de sănătate.* Institutul de Sănătate Publică Bucureşti, 2000.
64. **Marcu Gr. M. –***Sănătate publică şi management – Partea I. Metode şi practici;* Editura Risoprint, Cluj-Napoca, 2000.
65. **Marcu Aurelia, Marcu Gr. M., Vitcu Luminița** – *Metode utilizate în monitorizarea stării de sănătate*. Institutul de Sănătate Publică Bucureşti, 2002.
66. **Marcu Gr. M., Mincă Dana Galieta** – *Sănătate Publică şi Management Sanitar.* Editura Universitară „Carol Davilla", Bucureşti, 2003.

67. **Marcu Gr. M., Marcu Aurelia –** Inegalităţi în decesul prematur între femei şi bărbaţi. Management în sănătate, 2000, 1, 8-10.
68. **Marcu Aurelia, Vitcu Luminiţa, Rădulescu S.** – Anii potenţiali de viaţă – ajustaţi pentru incapacitate (DALY) – criteriu de identificare a problemelor de sănătate la nivel de judeţ. Management în sănătate, 2000, 3, 21-24.
69. **Mihalcea R., Androniceanu Armenia –** *Management: fundamente, interferenţe, studii de caz, soluţii.* Ed. Economică, Bucureşti, 2000.
70. **Milton A –** Doctors of tomorrow in the wake of health reform, in Changing Medical Education and Practice,WHO, nr. 11/1997.
71. **Mincă Dana Gabriela, Griffin Voinea Andreea –** *Noţiuni de bază ale managementului organizaţional în sănătate.* Editura Universitară „Carol Davilla", Bucureşti, 2003.
72. **Mincă Dana Gabriela –** *Pertinenţa unor servicii medico-sociale destinate populaţiei vârstnice din mediul urban.* Teză doctorat, Bucureşti, 1997.
73. **Montoya-Aquilar C.** - *Measuring the performance of hospitals and health centres,* WHO/SHS/DHS/94.2, WHO, Geneva, 1994.
74. **Morgen M. –** Sociological investigation, in Oxford Textbook of Public Health, 3rd, Ed. vol. 2, p. 765 – 782, Oxford University Press, 1997.
75. **Mureşan P.** – *Sistemul de asistenţă medicală spitalizată în funcţie de grupele de diagnostic.* C.C.S.S.D.M. Bucureşti, 1997.
76. **Mureşan P. , Petrache I.** - Ancheta medicală a stării de sănătate a populaţiei (1997) – Viaţa Medicală nr. 9, 27 februarie 1998.
77. **Mureşan Petru -** *Manual de metode matematice în analiza stării de sănătate*, Editura Medicală , Bucureşti , 1989.
78. **Nations Unies –** Cadre conceptuel d'un programme pour préparation et la célebration de l'année internationale des personnes âgées en 1999. Raport du Secrétaire générale, A/50/144, 22 mars 1995.

79. **Nistor F., Ciobanu V**. – *Ghid în educaţia pentru sănătate,* Imprimeria Mirton, Timişoara, 1994.
80. **Norton R.F., Hebel JR., Mc Carter Ry**.- *A study Guide to Epidemiology and Biostatistics,* Aspen Publishers, Fourth Edition, Gaithersburg Maryland, 1996.
81. **Novac Lucia –** *Este acreditarea spitalelor o prioritate în România?,*în Buletin de Informare ARSPMS, nr. 2/1997.
82. **Pană B., Duţă Irina, Chiriac Nona Delia, Moga Carmen –** *Ghid de comunicare şi marketing social. Instrumente de promovare a comunicării în sănătate.* Editura Univ. "Carol Davila", Bucureşti, 2003.
83. **Petrescu I.**, **Domokos Erno –** *Management general,* Ed. Hyperion, XXI, Bucureşti, 1993.
84. **Pitariu D.** – *Managementul resurselor umane. Măsurarea performanţelor profesionale,* Ed. All, Bucureşti, 1994.
85. **Popescu Al. Al.** – *Management şi marketing sanitar. Asistenţă şi protecţie socială.*Ed. Medicală, Bucureşti, 1994.
86. **Popescu Al. Al**. – *Economie şi administraţie sanitară*, Ed. Medicală, Bucureşti, 1988.
87. **Puwak H**. – *Încetinirea Ireversibilităţii.* Eseu cercetare despre vârsta a treia, Editura Expert, 1995.
88. **Răşcanu V., Năstase Gh:Gh., Bîrsan ŞT., Băileanu Gh**. – *Istoricul spitalului orăşenesc clinic de adulţi din Iaşi,* vol. I, Ed. Medicală, Bucureşti, 1956.
89. **Rotaru A., Prodan Adriana** – *Managementul resurselor umane*. Ed. Sedcom Libris, Iaşi, 1998.
90. **Stewart A. –** *Quality assurance and accreditation: Where do they meet?* In Towards Unity for Health, WHO, nr. 1/2000.
91. **Trebici Vl.** – *Populaţia Terrei.* Editura Ştiinţifică, Bucureşti, 1991.
92. **Ursuleanu D**.- Sănătatea într-un important sondaj, Actualitatea Medicală nr.19, 1995.

93. **Vasile Adriana, Mincă Dana Gabriela** – *Glosar de termeni de sănătate publică şi management.* Editura Universitară „Carol Davilla", Bucureşti, 2003.

94. **Vlădescu C. –** *Politica de reformă a sistemului de sănătate din România.O analiză critică.* Ed. InfoMedica, Bucureşti, 1999.

95. **Vlădescu C.** (coord.) – *Managementul serviciilor de sănătate*. Ed. Expert, Bucureşti, 2000.

96. **Vlădescu C., Enăchescu D., Dragomirişteanu Aurora** – *Politici de alocare a resurselor şi de planificare a personalului medical în sistemele de sănătate. România în contextul internațional*. Centrul pentru politici şi servicii de sănătate, Bucureşti, 2001.

97. **Weber A.**, **Normand Ch.** – *Social health insurance. A guidebook for planning*. WHO,1994.

98. **Weintraub Z.** – Implicații teoretice şi practice ale determinării criteriului valorii profesionale. Revista de psihologie, nr. 17, 1971, 201 – 210.

99. **White T**. –*Textbook of management for doctors*, Churchill Livingstone, Hong Kong, 1996.

100. **Winifried de Gooijer, Siem Tjam F., Stott G.** – *Hospital and Institutional Care*, *An Approach to a Generic Classification*,WHO. 2000.

101. **World Population 1994.** Editura Departament for Ec. and. Soc. Information and Policy Analysis. Population Diversion, United Nations, New York, 1994

102. **Zamfir C., Pop M.A., Zamfir El. –** România '89 –'93. Dinamica bunăstării şi protecția socială. Raportul național nr. 1, Editura Expert, Bucureşti, ianuarie 1993.

103. **Zanoschi Georgeta, Duda R.C., Vitcu Luminița, Duma Odetta, Cărăuşu Mihaela, Iliescu Liliana –** *Reforma îngrijirilor de sănătate în România; opinia ale personalităților din Centrul Medical Iaşi.* Volum de rezumate Bucureşti, 12 – 13 mai 1994. A IV-a Conferință Națională a SECS.

104. **Zanoschi Georgeta, Iliescu Liliana –** *Metode de evaluare statistică cu largă utilizare în epidemiologie,* în Tratat de Epidemiologie a Bolilor Transmisibile (sub red. A.Ivan), Ed. Polirom, Iaşi, 2002.

105. **Zanoschi Georgeta –** *Principii medicale şi psiho-sociale în restructurarea asistenței populației vârstnice în mediul urban, o abordare integratoare.* Teză de doctorat, Coordonator, Prof.dr.doc. Gh. Zamfir, Iaşi, 1999.

106. **Zapan Gh**. – *Cunoaşterea şi aprecierea obiectivă a personalității.* Ed. Ştiințifică şi Enciclopedică, Bucureşti, 1984.

107. **Zarcovic G. , Enăchescu Dan -** *Probleme privind politicile de sănătate în țările Europei Centrale şi de Răsărit – Evoluția recentă şi perspectivele sistemelor de sănătate în România*, Editura Infomedica , 1998.

108. **Zweifel P., Bayer Fr**. – *Health Economics*. Oxford University Press, London, 1997.

109. ***** OMS Activité de L'OMS- 1992 -1993. –** Raport biennal du directéur général a l'assemblée mondiale de la santé et aux nations unités chap 10. Protection et promotion de la santé de group de populations particulies. Santé des perssones agées, pp. 71/72, OMS, Genéve, 1994.

110. *****OMS Raport sur la santé dans le monde 1995.** Réduire les écarts. Raport du Directeur général, pp. 37-39 şi 57, Organization Mondiale de la Santé, Genéve, 1995.

111. ***** OMS Vieillessement et capacité de travail.** Raport d'un groupe d'étude de l'OMS, Séree des Raports tehniques 835, pp. 5/11, Organizations Mondiale de la Santé, Genéve, 1995.

112. ******* *Program Național pentru îmbunătățirea stării de sănătate şi a calității vieții vârstnicilor.* (ed. Dr. A. Vrăbiescu), Editura Fundația „Ana Aslan", Bucureşti, februarie 1992.

113. ******* *Starea de sănătate a populației din România; caracteristici, tendințe, priorități* , Bucureşti , 1993 .

114. ******* DRG – o metodă transparentă de alocare a fondurilor către spital, în Viața Medicală nr. 10/8 martie 2002.

115. *** Legislație, în Viața Medicală nr. 14/5 aprilie 2002.

116. *** Medical specialization in relation to health needs, Raportul O.M.S. Abano Terme, 1984.

117. *** *Breviar de statistică sanitară,* Ministerul Sănătății şi Familiei, Centrul de Calcul şi Statistică Sanitară şi Documentare Medicală, 2001.

118. *** *Experimentele din România bazate pe sistemul DRG din SUA (1994/1995 şi 1997/1998), C.C.S.S.D.M*, Bucureşti, 2000.

119. *** *World Health Statistics Quarterly,* vol. 44, Nr. 4, 1991.

120. *** *Hazardons Waste and Human Health,* British Medical Association, Oxford University Press, New York, 1991.

121. *** *Anuar de Statistică Sanitară 1997 – 2001*, C.C.S.S.D.M. Bucureşti.

122. *** *Anuarul Statistic al României 2002,* Institutul Național de Statistică, Bucureşti.

123. *** *Utilizarea paturilor, durata medie de spitalizare, rulajul bolnavilor, mortalitatea şi cheltuielile bugetare în spitale, 1997 – 2001,* C.C.S.S.D.M. Bucureşti.

124. *** *Tools and methods for health system assessment: inventory and review,* WHO, 1998.

125. *** *Report of the WHO working group on quality assurance,* Geneva, 18-20 mai 1994.

126. *** *Human resources for health*, In issues in Health Services Delivery nr. 2/2000.

127. *** Primary Health Care. Raport of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, 6-12 septembrie 1978, WHO, Geneva, 1978.

128. *** Otwa Charter, for health promotion, International Conference on Health Promotion, WHO, Ottawa, 1986.

129. *** *Les buts de la santé pourtous,* O.M.S, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1991.

130. *** *The hospital in rural and urban.*

131. *** Legea privind asistența de sănătate publică, Monitorul Oficial, nr. 204, 1998.
132. *** A Review of Determinations of Hispotal Performance Raport of the WHO Hospital Advisory Group Meeting, Geneva, 11 – 15 Aprilie, 1994.
133. *** Tabacoo or health: a global status raport, Geneva, WHO, 2000.
134. *** OMS Rapport sur la santé dans le monde 2000: pour un systéme de santé plus performants, OMS, Genéve, 2000.
135. *** Utilizarea paturilor, durata medie de spitalizare, rulajul bolnavilor, mortalitatea şi cheltuielile bugetare în spitale în anul 2001, CCSSDM, Ministerul Sănătății şi Familiei, Bucureşti.
136. *** World Health Statistics, 2001.
137. *** World Health Statistics, 2002.
138. *** Anuar de statistică sanitară, 2001, CCSSDM, Ministrul Sănătății şi Familiei, Bucureşti, 2002.
139. *** Norme metodologice de aplicarea Contractului –Cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2003.
140. *** Contractul – Cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anul 2003.
141. *** Ordonanța de urgență privind organizarea şi funcționarea sistemului de asigurări sociale de sănătate, Monitorul Oficial, nr. 838, 20 noiembrie 2002.